

La Santé de l'homme

Éduquer au sommeil

Santé mentale : enquête sur l'accueil en urgence

Accompagner le « zéro tabac » en entreprise

Pourquoi **ménager nos oreilles**



La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

☐ Santé mentale, n° 359.
☐ La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
☐ Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
☐ Soixante ans d'éducation pour la santé, n° 362.
☐ L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
☐ Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
☐ Prévention des cancers, n° 375.
☐ Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
☐ Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
☐ La santé à l'école, n° 380.

Je souhaite m'abonner pour :
☐ 1an (6 numéros)
☐ 2 ans (12 numéros)
☐ Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant
☐ Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de ________ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par ☐ chèque bancaire ☐ chèque postal

Nom ____________
Prénom ____________
Organisme ____________
Fonction ____________
Adresse ____________

Date ____________

Signature

SH 388



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France



est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
http://www.inpes.sante.fr

Directeur de la publication : **Philippe Lamoureux**

RÉDACTION
Rédacteur en chef : **Yves Géry**
Secrétaire de rédaction : **Marie-Frédérique Cormand**
Assistante de rédaction : **Danielle Belpaume**

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron** <dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle** <sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan** <christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies** <jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent** <isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé** <michelconde@grignoux.be> et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier** <doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Jean-Christophe Azorin (centre de ressources prévention santé), **Soraya Berichi** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Laure Carrère** (Crésif), Dr **Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Fondation de France), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Élodie Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire : 0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2e trimestre 2007.
Tirage : 11 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

sommaire

numéro 388

Mars-Avril 2007

Qualité de vie

Dossier

Éduquer au sommeil

Éditorial

Pourquoi et comment dormons-nous ?

Comment promouvoir le sommeil chez les seniors

Enfants et adolescents : mais où est passé le sommeil ?

Pour en savoir plus



Illustrations : **Céline Azorin**

Aide à l'action

Environnement



Santé mentale : enquête sur l'accueil en urgence

Pendant deux ans, des chercheurs en sciences sociales ont observé les conditions d'accueil et de prise en charge des demandes posées en urgence à la psychiatrie par des patients souffrant de troubles de santé mentale. Beaucoup des personnes qui utilisent cette voie de l'urgence (service hospitalier d'urgence, centre de soins, Samu social, téléphone…) sont effrayées par le système de soins, naviguent parfois d'une structure à l'autre ou sont totalement marginalisées. Les services d'urgence peuvent alors jouer un rôle positif d'amortisseur, tout comme les associations qui accompagnent les patients vers une prise en charge. Face au décalage entre les problèmes des patients et l'offre de soins, des professionnels innovent en intervenant au plus près de la population, au niveau d'un quartier ou d'une structure d'accueil.

L'urgence (dans le sens large, urgences hospitalières et toutes autres opportunités de recours) est devenue un véritable phénomène de société, en partie lié aux problématiques d'*exclusion sociale* (1) mais renvoyant aussi à des mutations de société et de temporalité sociale (2). La montée des demandes posées dans l'urgence pose deux types de questions : le rôle des conditions sociales (fragilisation des individus, injonctions croissantes à la performance et à la flexibilité) dans la configuration des problématiques de santé ; la capacité de notre système de santé (et plus particulièrement des services d'urgence) à les prendre en compte.

Si l'on sait identifier et codifier les logiques de recours aux soins relevant de l'urgence psychiatrique reconnue (pour lesquelles aucune autre modalité d'intervention n'est imaginable), au travers des protocoles établis de diagnostic et de soins (3), les interactions santé/conditions sociales sont plus difficiles à prendre en compte. La capacité et la volonté d'une personne en situation de précarité sociale d'entrer en relation avec un professionnel de santé peuvent se trouver bousculées par l'urgence, qui réduit les contraintes préliminaires pour le patient : se faire patient, venir avec une demande constituée, être prêt à entrer dans un protocole de soins. Face au besoin d'une aide en urgence, une réponse peut être apportée par le biais des services d'urgence hospitalière. Pour les problèmes de santé mentale, d'autres recours peuvent être aussi pratiqués (police, pompiers, Samu, téléphonie spécialisée, etc.). Les dispositifs tendent, pour éviter l'inflation des demandes et leur chronicisation, à introduire des filtres, des sas ou des amortisseurs.

La réflexion présentée ici prolonge une recherche initiée par le Réseau régional de recherche en santé publique piloté par le Cesames[1], qui se proposait de décrypter ce que nous avons appelé le « système des recours en urgence à la psychiatrie », tant pour les adultes que pour les adolescents. Elle a concerné deux intersecteurs de pédopsychiatrie (Aulnay-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis, et Asnières-Gennevilliers, dans les Hauts-de-Seine) et un secteur adulte (Paris Centre) intégrant un centre d'accueil et de crise. Sur les territoires concernés, nous avons rencontré plus de cent cinquante professionnels (médecins généralistes, équipes de secteur, services d'urgence hospitalière, associations, travailleurs sociaux) et, pour le secteur adulte, une quinzaine de personnes ayant vécu l'expérience de ces recours en urgence.

La recherche a fonctionné avec les équipes de secteur sur le mode participatif (groupes d'analyse de situations, restitution et discussion des résultats, entretiens réitérés avec les principaux protagonistes).

Accéder à une aide en temps réel

Les visites aux urgences hospitalières renvoient pour partie à des difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient économiques (impossibilité d'avancer le prix d'une consultation), relèvent de recours tardifs (situations dégradées ne pouvant plus être traitées sur le mode du rendez-vous) ou de résistances à l'égard des consultations médicales classiques « hors hôpitaux ». Les problèmes de santé mentale sont plus difficiles encore à gérer car beaucoup de personnes ne connaissent pas les dispositifs spécialisés et redoutent la psychiatrie.

Nous sommes partis, dans ce travail, de l'idée qu'il serait possible, via les urgences, de mieux identifier et qualifier les problèmes d'articulation entre l'offre et la demande de soins, pour ce qui est de la santé mentale. La réticence à se considérer comme malade apparaît d'autant plus forte, en santé mentale, que les difficultés sociales sont plus prononcées. Les publics plus particulièrement concernés étaient les adolescents, les consommateurs abusifs de psychotropes, les personnes et familles en situation de grande précarité et les personnes isolées. Le fait de se retrouver aux urgences renvoie à la possibilité de trouver une aide en temps réel sans préalables (rendez-vous, examens) ou conditions (se reconnaître comme malade, formuler une demande de soins). La démarche et la situation relèvent d'une temporalité de recours particulière.

Du côté de l'offre, les contraintes propres à la prise en charge des « malades mentaux » comprennent des sas qui permettent – dans un contexte marqué par la réduction des moyens – de réorienter les personnes pouvant relever de soutiens et de soins plus légers. Ces problématiques se retrouvent en partie transférées en médecine libérale (manifestations dépressives ordinaires), dans différents lieux ou structures où interviennent des psychologues (école, insertion, lieux d'écoute) ou dans le champ de l'action sociale (circonscriptions de service social, clubs de prévention, centres d'hébergement et de réinsertion sociale). Le contexte du secteur (unités de soins psychiatriques territorialisées) et de ses rapports avec l'hôpital introduit un paramètre supplémentaire (4) : la psychiatrie, souvent interpellée quant à sa capacité à prendre en compte l'accueil en urgence, a longtemps opposé la nécessité de réunir un certain nombre de conditions : prise de rendez-vous, temps d'élaboration d'une demande, état stabilisé pour engager un travail psychothérapeutique. Les centres d'accueil et de crise (CAC) étaient censés apporter une réponse plus fortement ancrée dans la « proximité », de même que l'introduction d'équipes de psychiatrie au sein des services d'accueil des urgences (SAU) dans les hôpitaux. Le recours aux urgences ne relève pas toujours d'une question d'accès aux soins mais aussi d'un besoin d'aide. L'analyse des différents flux de demandes (urgences de l'hôpital général, numéros de téléphonie santé généralistes ou spécialisés, centres d'accueil et de crise, dispositifs de proximité, centre médico-psychologique, etc.) a fait apparaître trois figures majeures de recours prenant la forme de l'urgence.

Les logiques de recours

La première figure concerne les personnes ayant des réticences à aller vers la psychiatrie. Elles peuvent ou non être affectées par des troubles psychiatriques caractérisés mais préfèrent dans tous les cas ne pas entrer dans le système de soins. Pour elles, les urgences font office de mode d'accès aux soins et constituent une alternative à la consultation spécialisée. Plutôt que résultant d'une véritable volonté du patient, les accès sont dominés par la nécessité. Les incitations à un suivi, dans le cadre du centre médico-psychologique de secteur, sont rarement prises en compte par le patient. L'urgence fonctionne alors comme une zone de transition, un sas susceptible d'ouvrir vers des prises en compte plus adaptées. Toutes les couches sociales sont concernées, en dehors de celles qui ont intégré des modèles d'accès aux aides psychologiques privées.

La deuxième figure relève de ce que les spécialistes ont qualifié de syndrome des « portes tournantes » : il s'agit, cette fois-ci, de personnes qui sont ou ont été suivies en psychiatrie mais connaissent régulièrement des ruptures de suivi. Elles passent leur temps à entrer et à sortir des dispositifs de prise en charge et se retrouvent souvent aux urgences, qui fonctionnent alors comme une coulisse du système de soins. Les plus précaires et les adolescents « suivis » s'inscrivent souvent dans cette modalité. La discontinuité dans le recours aux soins relève ici de la fragilité du système de soins, de sa difficulté à aider des personnes qui ne bénéficient pas d'un minimum de cadre et de soutien social (personnes à la rue, usagers de drogues, familles lourdement précarisées, adolescents en voie de désocialisation). L'urgence devient ici une instance régulatrice pour le système de soins, au même titre que la rue et la prison, où se retrouvent beaucoup de malades précarisés.

Enfin, une troisième figure majeure, plus hétérogène, relève de la gestion du flou et de l'incertitude dans la relation au système de santé et à la psychiatrie. On y retrouve des personnes en difficulté sociale avec une souffrance psychique n'ayant pas de correspondance dans les classifications psychiatriques ; d'autres problématiques sociales tendant à prendre le dessus (conflits familiaux, problèmes de ressources, de logement et d'activité professionnelle, de scolarité pour les adolescents, cumuls de difficultés, ségrégation). Les personnes désorientées ne trouvent pas de réponse auprès des acteurs spécialisés (éducation, travail, prévention spécialisée, travail social). Personne n'est satisfait, personne ne se sent complètement compétent : les problèmes sont transversaux et les patients qui consultent sont renvoyés à un entre-deux angoissant. Beaucoup de tentatives de suicide arrivent aux urgences dans cette logique « interstitielle ». L'urgence fonctionne alors comme un amortisseur de la crise, un lieu de transaction.

Le système des urgences

Pour les personnes associant des troubles importants à une grande précarité, les associations, en lien avec les urgentistes, doivent construire un espace-temps transitoire permettant d'engager un traitement ou une prise en charge. L'étude des dispositifs d'appel et d'écoute téléphonique – 15, 17, 18, 115 (Samu social), SOS médecins, SOS psychiatrie, permanences téléphoniques des CAC (centres d'accueil et de crise) et du CPOA (Sainte-Anne : régulation pour les personnes ne pouvant être reçues au niveau du secteur) – a permis d'explorer cette dimension. Dans beaucoup de contextes (crises, traumatismes), les « conditions de consentement » pour aller aux urgences apparaissent imprécises, soumises à négociations et à interprétations. Elles

imposent aux intervenants un investissement (et une compétence particulière) quant à l'évaluation des situations. La prise en compte au plus près des demandes qui émergent en urgence suppose l'établissement de relations de confiance, surtout quand les personnes ont des réticences à l'égard de la psychiatrie. La médecine générale, susceptible de jouer un rôle de relais et de pivot thérapeutique, n'intervient encore ici qu'à la marge (préjugés réciproques avec les professionnels exerçant au niveau du « secteur »). Quelques expériences associatives (France Dépression, Unafam, Schyzo Oui, Assoquette) pointent la possibilité pour les patients et leurs proches de jouer un rôle actif au sein de ce système sur le plan du soutien social et des alliances thérapeutiques. Des associations travaillant « en proximité » (Médecins du monde, Emmaüs, Cité Saint-Martin) et les équipes de « maraude » du réseau « Psychiatrie et précarité » travaillent de leur côté à l'établissement de liens et de médiation auprès des personnes les plus marginalisées. Les expériences menées dans le champ de l'adolescence *(voir l'article d'Isabelle Maillard pages suivantes)* s'appuient sur des espaces intermédiaires et des passerelles qui servent à recréer des liens et de la confiance, conditions pour que puissent être réalisés des interventions de prévention, les aides et l'engagement de soins.

L'intégration de la psychiatrie dans l'hôpital général (accueil dédié aux urgences psychiatriques au sein des urgences générales) ainsi que la manière dont les professionnels du secteur (centres médico-psychologiques (CMP) enfants ou adultes) travaillent et interviennent aux différentes « portes » de l'accès en urgence restent des questions sensibles. Malgré les réticences de certains psychiatres liées au contexte de pénurie de moyens (hôpitaux, CMP), des processus de travail innovants ont été engagés pour réduire les distances et faciliter les accès : élargissement des compétences des urgentistes, développement de la psychiatrie de liaison à l'hôpital, création de réseaux locaux intégrant les professionnels de l'hôpital, du secteur, des associations et les travailleurs sociaux et mise en place de dispositifs mobiles allant vers les publics en difficulté.

Innovations et promotion de la santé mentale

Une attention particulière a été portée dans ce travail aux « dispositifs » (travail en réseau, intervention au plus près des personnes…) visant à transformer les logiques d'urgence au travers de nouvelles modalités de prise en compte des personnes (5). Si la légitimité institutionnelle de ces démarches reste encore fragile, celles-ci constituent néanmoins des modes d'intervention précieux dans la perspective du développement d'actions de santé publique relatives à la santé mentale : actions sur les effets de la précarisation économique et sociale ; sur le contexte familial et social (et les ressources propres que ces modes d'intervention contiennent) ; travail en réseau et politiques locales de santé (adolescents et protection de l'enfance, RMI et insertion).

Les démarches étudiées avaient en commun de rechercher des avancées dans la proximité, c'est-à-dire de réintroduire une prise en compte des questions de santé mentale au plus près de la vie de la cité, de leurs cadre et contexte d'émergence. Suivant les publics, plusieurs modes d'intervention ont été investis, en particulier pour les adolescents : culturels (supports d'expression, travail avec les références culturelles des personnes, espaces intermédiaires de médiation), sociaux (cadres de socialisation, ajustement des modalités d'accueil et d'aide) ou proprement soignants (adaptation des unités d'hospitalisation pour adolescents). Pour les adultes, un partenariat pluridisciplinaire a été recherché avec les acteurs (associations) travaillant dans la rue, instaurant des modalités souples et réactives d'échange et d'accès aux soins, avec des possibilités d'hospitalisations courtes permettant de régler et de négocier un travail avec la personne. La possibilité d'opérer de tels ajustements avec des personnes éloignées des soins et des institutions suppose un « travail de proximité » qui conduit, de fait, à amortir l'urgence.

Michel Joubert
Professeur de sociologie,
Université Paris-VIII, chercheur au Cesames.

1. Centre de recherches psychotropes, santé mentale, société. UMR 8136 CNRS - Université René-Descartes Paris-5, unité 611 Inserm. La recherche a été conduite pour la Mire (Drees) entre 2003 et 2004.

Références bibliographiques

(1) Chauvin P., Parizot I. (sous la dir.). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2005 : 325 p.
(2) Aubert N. *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Flammarion, 2003 : 375 p.
(3) Grivois H. *Urgences psychiatriques*. Paris : Masson, 1986 : 215 p.
(4) Baillon G. *Les urgences de la folie. L'accueil en santé mentale*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, coll. Des pensées et des actes en santé mentale, 1998 : 228 p.
(5) Joubert M., Louzoun C. (sous la dir.). *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2005 : 190 p.

Adolescents en grande difficulté : deux réseaux innovants en Ile-de-France

Quelles modalités d'accueil et de prise en charge psychiatrique pour les adolescents les plus en difficulté ? En région Ile-de-France (Aulnay-sous-Bois et Asnières-Gennevilliers), deux réseaux de prévention et de suivi réunissant l'ensemble des professionnels et organismes impliqués ont été auscultés par la même équipe de recherche (1). S'ils permettent une prise en charge véritablement partagée, leur existence reste fragile et leur légitimité n'est pas encore installée.

Depuis 1990, la psychiatrie infanto-juvénile publique a été l'objet d'orientations politiques contribuant à redéfinir ses missions, son périmètre d'action et son champ de compétences. Alors qu'elle tendait à se focaliser sur les seules maladies mentales, elle a été invitée à porter son attention sur la « santé mentale », soit un ensemble de difficultés aux contours mal définis. De plus, il lui a été demandé de s'adresser d'une manière plus ciblée aux adolescents en développant des dispositifs d'intervention et des modalités d'action spécifiques – en réseau (2).

Loin de faire l'unanimité, ces nouvelles orientations suscitent au sein de la profession des dissensions et des craintes (dilution de la psychiatrie dans la santé mentale, psychiatrisation du social) touchant à l'intégrité de la discipline (3). Elles alimentent les tensions et conflits entre acteurs du champ social et spécialisé, révélateurs des manières différentes d'agir et de penser (4). Cependant, au-delà de ces antagonismes, se sont développés des dispositifs d'action innovants, associant des institutions et des professionnels diversifiés. L'analyse de l'expérience de deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile permet de mieux comprendre les enjeux actuels du recours aux soins des adolescents confrontés à des difficultés[1].

L'inadéquation des cadres d'action existants

Bien qu'implantés dans des départements aux caractéristiques socio-économiques éloignées (très dégradées pour l'un, favorisées pour l'autre), les deux secteurs étudiés recouvrent chacun une zone géographique concentrant les mêmes profils de populations (exposées à la précarité sociale et économique, et, pour une part importante, issues de l'immigration) et de difficultés (quartiers d'habitat social, fort taux de chômage des jeunes). Une partie des adolescents pour lesquels ces secteurs reçoivent des demandes de prise en charge sont inscrits dans les filières de la protection de l'enfance et de la jeunesse. Ces adolescents qualifiés de « bruyants » se caractérisent par des vécus difficiles (maltraitances intra-familiales, carences affectives et éducatives) et des parcours de vie émaillés de ruptures affectives, familiales, relationnelles, scolaires ou dues à des placements. Les problèmes multiples auxquels ils sont confrontés – dont les dimensions familiale, sociale, éducative et « psy », sont si intriqués qu'il apparaît difficile de les démêler – mettent à mal les cloisonnements institutionnels à l'origine d'une prise en charge centrée sur une seule dimension de l'individu.

Ces populations aux frontières des institutions entrent difficilement dans les cadres d'action traditionnellement conçus par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (5) dans lesquels les seuils d'accès aux soins sont relativement élevés. Il arrive souvent que ces populations n'aient pas de demande de soins, soient dans le déni de leurs difficultés ou réticentes lorsqu'on leur propose de consulter un « psy » qu'elles associent à la folie dans leurs représentations. Leurs modalités d'expression prennent souvent la forme des « passages à l'acte » : tentatives de suicide, violences envers soi ou autrui, conduites à risques, troubles du comportement... Le manque de réactivité et de mobilité des dispositifs sectorisés (6) est fortement dissuasif pour ces publics, qui se caractérisent par une difficulté à se projeter dans l'avenir et à se mobiliser pour un suivi régulier. Le face-à-face de la consultation apparaît difficilement supportable pour une frange d'entre eux. La combinaison de ces obstacles est susceptible de compromettre l'engagement de ces adolescents dans les soins.

Pour ces adolescents, le recours à la psychiatrie infanto-juvénile s'effectue souvent sur le mode de l'urgence, lorsque les acteurs de première ligne s'estiment dépassés, démunis et incompétents pour gérer la situation de crise, et que leurs cadres d'action et d'expérience se trouvent mis en défaut. Face aux difficultés des secteurs à répondre à ces interpellations du fait de leur engorgement et des conditions d'accès aux soins, une partie de ces situations se retrouve aux urgences des hôpitaux généraux. L'hospitalisation des adolescents à des fins d'évaluation ou de contenance est alors souvent une requête formulée à la psychiatrie infanto-juvénile par les acteurs du champ social, requête à laquelle il apparaît parfois difficile de répondre pour plusieurs raisons : non-pertinence de l'hospitalisation sur le plan clinique ; absence ou saturation des lits ; inadéquation de l'hospitalisation dans un service non conçu pour les adolescents ; effets iatrogènes potentiels de l'hospi-

talisation en psychiatrie ; craintes de « délestage » des adolescents en psychiatrie et de rupture de leur(s) inscription(s) institutionnelle(s) ; difficulté à assurer la prise en charge posthospitalière liée au déficit de structures relais, à la pénurie de places et à l'abaissement des seuils de tolérance des structures éducatives vis-à-vis de ces adolescents « bruyants ».

C'est pour tenter de contourner ces difficultés que les secteurs ont cherché à développer des modalités de réponse alternatives et de nouveaux cadres d'action.

La recomposition des cadres d'action pour une meilleure adéquation aux profils des publics

En l'absence de référent commun (7), la notion de santé mentale reste floue. Pour prendre en compte les nouvelles formes d'expression relevant de la souffrance psychique (8) liée aux transformations sociales (précarisation, désaffiliation) (9) et sociétales (autonomisation et responsabilisation de l'individu érigées comme valeurs suprêmes) (10), les acteurs ont donc été contraints d'inventer de nouvelles manières de concevoir et d'engager les actions en santé mentale. Tout en cherchant à les adapter aux besoins identifiés et aux objectifs visés, ces nouveaux dispositifs se sont attachés à pallier les difficultés d'accès aux soins de ces publics et le déficit d'articulation entre acteurs d'horizons divers. Les secteurs ont ainsi développé des modalités d'action relativement proches bien que différentes sur le plan de leur structuration et de leur organisation.

Face aux adolescents inscrits dans les filières de la protection de l'enfance, les acteurs des différents champs avaient tendance à se renvoyer mutuellement la situation au motif qu'elle ne serait pas de leur ressort et relèverait plutôt des compétences du partenaire. Chacun des secteurs a cherché à remédier à ces renvois incessants. L'action qu'ils ont développée a pris forme au travers de réseaux pouvant être qualifiés de « prévention et de gestion des crises et des ruptures » (sociales, familiales, institutionnelles, etc.) chez les adolescents. Ces réseaux associent des partenaires d'horizons divers (ASE, PJJ, psychiatrie infanto-juvénile, etc.) dans la perspective de favoriser la transversalité interinstitutionnelle et une approche plurielle des situations.

L'objectif de ces réseaux, dont la vocation est de modifier l'économie globale du système de prise en charge des urgences, est double. Il s'agit de transformer et de « dégonfler » les situations se posant dans l'urgence :

- *en amont* des crises et des risques de désaffiliation, en favorisant l'émergence de nouvelles modalités de prise en compte, tant au niveau des conditions d'accueil (abaissement des seuils d'accès), des stratégies d'accroche et des méthodes de travail (développement d'activités de médiations culturelles, de groupe, etc.), qu'au niveau du soutien (avis éclairé) et de l'étayage (renforcement des compétences) à apporter aux acteurs de première ligne afin de les requalifier dans leur champ d'action ;
- et, *en aval*, en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs ressources (lieux de vie, espace de socialisation, famille d'accueil, unité de soins, etc.) des partenaires membres du réseau, afin de faire circuler et de renvoyer les adolescents à d'autres points du système selon une logique séquentielle, et de développer ainsi autour d'eux un « maillage » propre à assurer une fonction de « contenance » dans un lieu ni « psychiatrisant » ni « enfermant ».

Ce travail constitue pour les professionnels un espace de réflexion, de concertation, d'accompagnement, de guidance et de soutien mutuel, offrant la possibilité de prises en charge partagées. Il permet de rompre l'isolement, de penser les situations et de prendre du recul avec l'agir adolescent, tout en favorisant une meilleure connaissance des possibilités et des limites de chacun.

Si ce mode d'action est un moyen de pallier partiellement les difficultés de prise en charge, il demeure fragile car développé dans les marges du système, et il s'expose à un déficit de légitimité et de reconnaissance, accentué dans le cas où les institutions de rattachement des acteurs ne sont pas parties prenantes du projet. Il n'augure pas moins de nouvelles formes de prise en compte des problèmes de santé mentale des adolescents en grande difficulté.

Isabelle Maillard
Doctorante en sociologie,
Cesames (CNRS-Inserm-Paris-V).

1. Il s'agit des intersecteurs de pédopsychiatrie d'Aulnay-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis, et Asnières-Gennevilliers, dans les Hauts-de-Seine.
Pour Aulnay-sous-bois, les structures étudiées sont :
– la gestion des urgences psychiatriques (l'intersecteur étant implanté au sein de l'hôpital général R. Ballanger), qui associent les services d'urgence, de psychiatrie infanto-juvénile et de pédiatrie ;
– les Li'Ado (unité d'hospitalisation) à l'hôpital Ballanger ;
– le lieu accueil jeunes, dans le même hôpital Ballanger ;
– le réseau interprofessionnel autour des adolescents, associant la pédopsychiatrie, la protection de l'enfance (ASE) et des mineurs (Protection judiciaire de la jeunesse, PJJ). Le réseau se réunit alternativement dans différents lieux de l'ASE (Villepinte, Aulnay) ou de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (à l'hôpital Ballanger).
Pour Asnière-Gennevilliers , il s'agit de :
– l'unité d'Accueil Thérapeutique pour Adolescents à Asnières (UATA) ;
– Soins et Culture à Gennevilliers ;
– le groupe de réflexion centré sur les adolescents, regroupant des professionnels d'horizons divers : pédopsychiatrie, ASE, PJJ, voire des conseillers familiaux, etc. Le groupe se réunit le plus souvent à Asnières dans des locaux de l'intersecteur.

Références bibliographiques

(1) Cet article fait suite à une recherche sociologique : Joubert M. (sous la dir.), Cocault G., Giraux P., Maillard I., Mougin C. *Urgences « psys ». Arcanes et supports de l'accès aux aides et aux soins en santé mentale.* Cesames, MiRe-CNRS-Inserm-Drees, 2005 : 270 p.
(2) Ehrenberg A., Lovell A. (sous la dir.). *La maladie mentale en mutation.* Paris : Odile Jacob, 2001 : 311 p.
(3) Michel J., Rhenter P. Culture et identité : la psychiatrie publique à l'épreuve. In : Joubert M., Louzoun C. (sous la dir.). *Répondre à la souffrance sociale.* Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005 : 117-35.
(4) Strauss A. (textes réunis et présentés par Baszanger I.). *La trame de la négociation.* Paris : L'Harmattan, 1992 : 319 p.
(5) Goffman E. *Les cadres de l'expérience.* Paris : Éd. de Minuit, 1991 (1974 : 1re éd.) : 568 p.
(6) Compte-rendu d'activité de la Mission nationale d'appui en santé mentale. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, avril 2005 : 73 p.
(7) Lovell A. *Santé mentale et société.* Paris : La Documentation française, Problèmes politiques et sociaux n° 899, avril 2004 : 119 p.
(8) Ion J. (sous la dir). *Travail social et souffrance psychique.* Paris : Dunod, 2005 : 208 p.
(9) Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale.* Paris : Fayard, 1998 : 813 p.
(10) Ehrenberg A. *L'individu incertain.* Paris : Calmann Lévy, 1995 : 351 p. ; *La fatigue d'être soi.* Paris : Odile Jacob, 1998 : 318 p.

Aulnay-sous-Bois : un service spécialisé pour les adolescents en danger

À Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), les professionnels de pédopsychiatrie se sont dotés d'un protocole d'hospitalisation d'une durée d'une semaine en service de pédiatrie pour prendre en charge les adolescents suicidants, et d'un service d'hospitalisation spécialisé à taille humaine – six lits – pour accueillir les autres situations de crise plus graves. Une structure qui permet entre autres de réduire les phénomènes de groupe et la violence, sans recourir avec excès aux traitements médicamenteux. Mais surtout de privilégier une approche individuelle avec chaque patient.

L'expérience acquise à l'hôpital général Robert-Ballanger d'Aulnay-sous-Bois montre que les tentatives de suicide sont nombreuses et surtout de plus en plus précoces, dès l'âge du collège, vers 11 ans, et de moins en moins spécifiques aux filles. Les adolescents s'automutilent de plus en plus fréquemment les bras, le corps, le visage même, symptôme en pleine expansion. Et les adolescents expriment également souvent leur souffrance par de l'agitation. Nombre de ces adolescents sont des migrants, primo-arrivants en France, vivant dans la précarité, confrontés à des difficultés pour prendre la parole et se faire comprendre, y compris de la part des soignants et des acteurs de la prévention.

« Les Lits ados », la structure d'hospitalisation du secteur pédopsychiatrique de l'hôpital général Robert-Ballanger, assure une prise en charge pour des adolescents de l'ensemble du département de Seine-Saint-Denis. Sa capacité d'accueil est de six lits. Elle accueille et traite les adolescents en situation de crise, de la crise d'adolescence majeure aux troubles psychiatriques graves et aigus. L'adolescent est préalablement vu en consultation hospitalière par un pédopsychiatre, lequel évalue les symptômes et la nécessité d'une hospitalisation.

Apporter une protection lors des crises

Le premier motif d'hospitalisation (plus d'un quart) est la dépression sévère, associée à une tentative de suicide grave. Outre la protection vitale, l'hospitalisation permet la prise en charge thérapeutique de la symptomatologie dépressive. Les tentatives de suicide moins sévères, c'est-à-dire survenant chez des adolescents ne souffrant pas de gros troubles de la personnalité, sont prises en charge en service d'hospitalisation de pédiatrie avec l'intervention de pédopsychiatres et de soignants de pédopsychiatrie (infirmière, éducatrices spécialisées, enseignante spécialisée, assistante sociale).

Le deuxième motif d'hospitalisation (environ 20 %) est constitué par le « trouble du comportement », en fait expression de malaises psychiques très divers sous-jacents. Nombre d'adolescents vivant en Seine-Saint-Denis – l'un des départements les plus pauvres de France – cumulent les facteurs de risque sociaux et économiques et sont fréquemment en rupture scolaire, résultant de ces troubles du comportement.

Les états dits limites, avec des automutilations graves et des mises en danger répétées, représentent environ 15 % des motifs d'hospitalisation. Dans cette pathologie, il paraît très important, d'une part, d'apporter une protection psychiatrique lors des crises, et, d'autre part, d'envisager un soin institutionnel des troubles car les suivis ambulatoires sont souvent chaotiques en début de traitement.

Les autres motifs d'hospitalisation sont représentés par la pathologie psychiatrique classique de l'adolescent : bouffées délirantes aiguës, entrée dans la schizophrénie, épisodes maniaques, anorexies mentales et psychoses infantiles traversant des moments critiques à l'adolescence.

Enfin, beaucoup de demandes d'hospitalisation émanent des services so-

ciaux, pour des adolescents confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), le placement seul ne répondant pas à leurs difficultés. Dans le contexte social qui est le nôtre, il est intéressant d'accorder une attention particulière aux enfants placés très précocement à l'ASE[1]. Dans cette population spécifique d'adolescents placés à l'ASE, les demandes d'hospitalisation pour troubles du comportement sont importantes, elles représentent à elles seules 50 % des motifs d'hospitalisation de ces adolescents.

Une structure d'hospitalisation telle que celle décrite ici, et qui bien évidemment a ses équivalents dans d'autres régions, est un outil indispensable au traitement des adolescents. De petites unités paraissent idéales pour un accueil et un traitement des adolescents dans des conditions de rencontre humaine et thérapeutique optimales. Cela permet une approche individuelle avec chacun des patients, sans phénomène de groupe trop important, et donc une contenance sans trop de violence, en utilisant le minimum de traitements médicamenteux.

Prévenir et prendre en charge

La mission d'un service de psychiatrie infanto-juvénile au sein d'un hôpital général – cas de l'hôpital Ballanger – ne se résume pas à l'hospitalisation spécialisée des adolescents. Elle comprend un volet important de prévention. L'instauration d'un véritable travail d'articulation entre tous les partenaires de la prise en charge de l'enfance et de l'adolescence est fondamental : l'implantation de services de pédopsychiatrie dans les hôpitaux généraux est en cela précieuse, permettant des échanges approfondis au sein même de l'hôpital, un travail en commun avec les services de pédiatrie, de chirurgie infantile, de maternité et de néonatologie. Par exemple, la prévention des récidives de la tentative de suicide peut être effectuée par ces partenaires : une hospitalisation systématique d'une semaine en pédiatrie pour ne pas banaliser la gravité du geste constitue une modalité très efficace de cette prévention. Pendant cette semaine d'hospitalisation, des entretiens quotidiens avec le jeune mais aussi avec ses parents permettent de travailler la crise sous-jacente[2]. Le cadre d'un service de pédiatrie, connu par les adolescents et leur famille, permet qu'ils acceptent une hospitalisation qu'ils refuseraient si un cadre psychiatrique leur était imposé car ces adolescents ne présentent souvent pas de pathologie grave.

Cette modalité de prise en charge a été à l'origine de la création d'un accueil de jour (« l'accueil jeunes ») pour adolescents suicidants hospitalisés mais aussi pour tous les autres adolescents du bassin de vie, hospitalisés ou non, qui nécessitent un abord spécifique, autour d'activités en petit groupe ou individuelles. Car, si l'adolescent a besoin de soutien, on sait combien il rechigne à le reconnaître, alors même que la coupure d'avec le monde des adultes peut lui être préjudiciable. La démarche de prévention prend également en compte les différents lieux et professionnels qui interviennent dans le champ de la protection de l'enfance, du soin et de l'éducation : elle a été à l'origine de la création d'un « groupe réseau » qui tente d'articuler un travail de partenariat. Ce « groupe réseau » réunit différents professionnels de l'ASE, de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), des foyers de l'enfance, de la prévention spécialisée, des CIO, de l'Éducation nationale (assistantes sociales, infirmières, CPE, principaux, enseignants, etc.) et de la pédopsychiatrie. Ce groupe tente de mettre en commun les compétences et les regards croisés sur les adolescents les plus problématiques afin de créer des prises en charge répondant au mieux à leurs problématiques complexes et multiples (sociale, scolaire, culturelle, psychique).

Clémentine Rappaport
Praticien hospitalier, responsable de l'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique « Les Lits ados », secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Dr Berdah, hôpital Robert-Ballanger, Aulnay-sous-Bois.

1. *Des statistiques plus précises peuvent être trouvées dans l'article intitulé* Services de pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance : demandes croisées *à paraître dans* Perspectives psychiatriques.
2. *Se référer à l'article Dreyfuss C., Legein C., Dominique Morel D., Questiaux E., Scart G., Berdah S.* Adolescents suicidants : une expérience de prise en charge double. Psychiatrie française *2000 ; vol. XXXI, n° 1 (mars) : La formation du psychiatre. http://www.psychiatrie-francaise.com/ rubrique Psychiatrie française.*

Un partenariat pour désamorcer l'echec chez les 10-18 ans

Dans le département des Hauts-de-Seine, cinq communes ont mis en place un accueil des jeunes en très grande difficulté, géré en commun par les services de psychiatrie, la Protection judiciaire de la jeunesse, l'Éducation nationale et l'Aide sociale à l'enfance. Ces jeunes tentent de se redonner confiance, de se réarrimer à la société en participant à des ateliers artistiques, soutenus par des éducateurs et autres professionnels. Gros plan sur une initiative ayant peu d'équivalent en France.

Comment travailler avec les jeunes de banlieues qui se trouvent en grande difficulté ? Cette catégorie a, en effet, une autre caractéristique commune : mettre à mal, voire mettre en échec, les dispositifs multiples faits pour les protéger, les éduquer ou les soigner.

D'une commune volonté de ne pas abandonner cette « population à risque » et d'une analyse des besoins, est né le projet d'un partenariat d'action en commun – dans les Hauts-de-Seine sur cinq communes : Asnières, Clichy, Gennevilliers, Levallois et Villeneuve-la-Garenne – entre le service de psychiatrie infanto-juvénile[1], la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'Éducation nationale et l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Pas une structure ou un dispositif de plus : une action !

S'y retrouvent, dans un mode de faire original, des assistants sociaux, des éducateurs spécialisés, des enseignants, des infirmiers, des médecins scolaires, des psychiatres, des psychologues, des psychomotriciens… et des artistes !

L'objectif général :
– accueillir ceux dont personne ne veut plus (nous disent certains jeunes) et qui sont dans le refus et le rejet : adolescents à la dérive, adolescents en rupture, adolescents de la « haine » ;
– insister autour du lien social, de l'interrelationnel, de l'investissement de soi et d'autrui par le biais d'une médiation culturelle ;
– assurer la confrontation et des réponses à leurs conduites antisociales, à leurs identités par défaut, à leurs comportements violents (bien souvent, comme mode de prestance, voire d'existence), à leur exclusion répétitive, à leurs incompréhensions agressives, à leur fatalisme souffrant, à leurs failles dans l'intégration des règles du jeu social et de la loi, etc. ;
– et, pour la plupart, (re)trouver du sens, sortir de la jouissance pour s'aventurer du côté d'un imaginaire autre, s'essayer au plaisir (insupportable pour beaucoup !) de la créativité partagée, de la découverte de ressources en soi, (re)démarrer du côté du réel jusque-là barré ou impossible (réinsertion scolaire, projet de formation, engagement dans des soins psychologiques, etc.).

Démarche et premier accueil

Un professionnel (assistante sociale, enseignant, éducateur, consultant en psychiatrie) – alarmé par l'évolution d'un jeune, par son état et ses conduites, par son parcours chaotique ou d'échecs, par sa situation familiale, scolaire, judiciaire, mais aussi accroché par l'empathie qu'il suscite malgré tout – nous contacte et nous expose les motivations de sa demande et les premières réactions du jeune à cette possibilité. Ce professionnel est désigné comme « la personne accompagnante » du parcours du jeune dans Soin & Culture, son référent, notre contact entre le jeune et son environnement habituel.

Deuxième temps : la personne accompagnante vient avec le jeune. C'est LA rencontre. Elle est décisive non pas en termes de sélection : nous n'avons à ce jour refusé aucun jeune qui s'est présenté ; fort peu (moins de cinq en quatre ans de fonctionnement) n'ont pas donné suite à cette première rencontre. Elle permet une appréciation réciproque. Les règles du jeu sont édictées très précisément. Le jeune (seul ou accompagné d'emblée par ses parents ; qui, sinon, seront reçus avec lui et la personne accompagnante dans un troisième temps) décline ce qu'il veut de sa biographie, de sa situation ; nous réfléchissons ensemble au profil ou au personnage qu'il nous donne à voir. La règle de confidentialité (interne et externe pour Soin & Culture) que nous nous imposons fait que les informations et l'élaboration de ces rencontres préliminaires restent au niveau du seul conseil de coordination[2]. Ultérieurement, toute rencontre concernant le jeune se fera en sa présence.

Le jeune choisit ou se voit proposer deux ateliers à l'essai ; son choix ensuite est respecté sauf avis contraire de l'artiste responsable de l'atelier (ce qui ne s'est encore jamais produit).

Les ateliers sont au nombre de six, à fréquence hebdomadaire, répartis sur deux demi-journées. Chaque atelier est dirigé par un artiste engagé sur un projet de création, d'animation et de pédagogie par le biais d'un médiateur culturel – c'est-à-dire autant artiste qu'animateur – (arts plastiques, art clownesque, danse, écriture, musique, théâtre) au moyen de son art et de sa personne (pas d'art-thérapie !). Il est soutenu par deux à quatre professionnels (éducateur, enseignant, infirmier, assistante sociale, psychologue, psychomotricienne, orthophoniste, secré-

taire) détachés de leur institution (et pour quelques-uns salariés par l'association *La Licorne*[3]), volontaires, sans compétence particulière pour l'art choisi, qui font l'atelier comme les jeunes. Ils sont là pour une expérience partagée mais aussi dans un accompagnement soigneux, dans une continuité relationnelle et de projet, dans une gestion psychodynamique, à la fois spontanée et attentionnée, des émotions, des sentiments, des effets de groupe comme effets de chacun et sur chacun. Tous les artistes et co-animateurs des ateliers se retrouvent en supervision une fois par mois avec une psychanalyste.

On prend soin des jeunes également grâce à l'environnement d'accueil qui organise l'espace Soin & Culture[4] chaque matinée. Le groupe d'accueil de chaque demi-journée comprend trois ou quatre professionnels (auxquels s'adjoint un stagiaire psychologue). Ils accueillent tous les jeunes et personnes accompagnantes ou familles une demi-heure avant et une demi-heure après les temps d'ateliers sur un mode convivial. Ce temps d'accueil est essentiel pour le déroulement des ateliers ce jour-là. Durant les séances d'atelier, le groupe d'accueil reçoit – pour un temps variable – tout jeune qui ne va pas ce jour-là ou qui a un comportement trop agressif, insupportable ou destructeur. Ce moment passé à l'accueil est souvent l'occasion de paroles fort signifiantes, d'expression de souffrance explosive, de chaos de la pensée et des conduites, d'effets de transfert aussi … Là encore sécurité par la capacité d'accueil et d'écoute des professionnels présents mais encore par la confidentialité de ce qui s'y dit et de ce qui s'y joue ! Il faut parfois rappeler la loi et faire valoir l'autorité en faisant intervenir le conseil de coordination, en particulier le responsable de l'action, en situation sur l'instant dans le groupe d'accueil, dans une reprise individualisée ensuite (entretien, réunion avec la personne accompagnante, etc.) ; et certaines fois (rares) dans une mise au point collective et générale avec tous les jeunes présents la même demi-journée (en cas de vandalisme, de vol, de chaos organisé, etc.).

Au chaos, à la destructivité, à la jouissance, nous opposons la force d'un collectif, la qualité relationnelle entre tous les membres de l'équipe, la confiance en chacun, le soutien mutuel et les relais, la confrontation responsable avec les jeunes, l'exigence de respect de la dignité de chacun, adulte ou jeune ! Il nous faut également des temps d'échanges, de discussion, d'élaboration : des rencontres informelles et courtes (mais riches et nécessaires) après les ateliers. Trois fois par an, nous invitons à un forum toutes les personnes accompagnantes, tous les professionnels avec qui nous sommes en relation ; nous maintenons ainsi une possibilité régulière ouverte et collective pour s'informer, questionner, débattre, critiquer.

Un parcours sur trois ans

Au total, cinquante à soixante jeunes de 10 à 17 ans passent chaque année par Soin & Culture. Leur parcours dure deux ou trois ans. Quelques-uns s'arrêtent bien avant, trop engagés déjà dans leur devenir social de délinquance ou d'exclusion sociale, ou encore dans des pathologies familiales et personnelles qui n'ont pu être articulées avec un soin médico-psychologique habituel.

L'immense majorité est d'une assiduité étonnante, et y trouve un cadre sécurisant et rigoureux pour s'exprimer, pour « s'éclater », une chance pour (re)démarrer dans la vie. La grande majorité en repart (cahin-caha pour les plus difficiles) assurée de son humanité et d'avoir une place dans la société (pour tous, certes, mais en particulier pour les quelques jeunes qui viennent d'institutions médico-sociales), avec une perception nouvelle de soi intégrant du symbolique et de l'autre, après une traversée qui reconsidère (sans les régler) les présupposés d'instrumentalisation, de manipulation, de fatalisme, d'exclusion, de haine, d'absence d'horizon… La plupart repartent avec un projet de vie plus appréciable, avec une inscription sociale assumée, avec une prise en compte de la nécessaire confrontation au réel, une manière d'aborder autrement l'identitaire et la singularité.

Un groupe relais pour le parachèvement des parcours

Certains signifient une fin de parcours et ne parviennent pas pour autant à la séparation ; d'autres ont besoin d'être accompagnés vers un après. C'est pour cette raison que nous avons constitué un « groupe relais » qui travaille concrètement, avec le jeune et la personne accompagnante, sur cet après et cet ailleurs.

Nous refusons pourtant d'enjoliver les effets et les résultats. Leur environnement reste le même bien qu'ils cherchent, avec plus ou moins de bonheur, à s'y inscrire autrement. La société actuelle est organisée pour eux dans la précarisation et la stigmatisation, ce qui ne permet pas d'imaginer qu'ils sont sortis d'affaire, encore moins pour toujours. Il n'en demeure pas moins qu'il faut faire preuve de créativité sociale, accepter de travailler le collectif pour aider le jeune en tant qu'individu, personne et sujet.

Claude Louzoun
Psychiatre, praticien hospitalier,
Responsable de Soin & Culture, 1er secteur
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
des Hauts-de-Seine, Gennevilliers.

1. Il s'agit du dispositif de psychiatrie publique, pour un secteur de 100 000 à 200 000 habitants et concernant la population âgée de 0 à 18 ans. Les structures d'accueil et de soins comprennent : des centres médico-psychologiques ; un hôpital de jour (enfants et/ou adolescents) ; des structures spécifiques : unité petite enfance, centre d'accueil à temps partiel pour adolescents, groupes d'accueil thérapeutique parents-enfants, ateliers, etc.
2. Le conseil de coordination est composé d'un psychiatre, responsable de l'action, d'un médecin scolaire, d'un enseignant, d'un représentant de la PJJ.
3. La Licorne est une association loi 1901 dont l'action est la promotion de la santé mentale sur les cinq communes territoires de Soin & Culture. La Licorne assure l'hébergement militant et la gestion financière de l'action.
4. Soin & Culture utilise des locaux du service de psychiatrie infanto-juvénile, à Gennevilliers… dans l'attente de locaux autonomes et plus adaptés.

numéro 388

Mars-Avril 2007

Éduquer au sommeil

Comment dorment les Français selon les catégories d'âges ? Comment promouvoir le sommeil comme composante essentielle de la santé ? Près d'un Français sur deux estime manquer de sommeil, un sur trois déclare souffrir d'un trouble du sommeil. Pour traiter ce sujet, nous avons fait appel à une trentaine d'experts, médecins somnologues, psychologues, éducateurs pour la santé. Dans une première partie, ils dressent un état des lieux du sommeil, de ses rites en France et ailleurs (en particulier au Japon). Le médecin somnologue, Éric Mullens explique comment le corps récupère pendant le sommeil et souligne qu'une bonne hygiène en ce domaine serait un facteur capital de prévention des maladies. Nous vous présentons un résumé du rapport du groupe d'experts Giordanella dont l'essentiel des propositions a été repris dans le plan sommeil adopté par les Pouvoirs publics en janvier 2007. Deux chercheurs mettent en évidence le lien entre travail posté – et déficit ou perturbation de sommeil – et accidents du travail. Le Dr Françoise Delormas, directrice de l'association Prosom, explique comment éduquer au sommeil tant les enfants que les adultes. Un responsable de foyer d'accueil Emmaüs, à Paris, témoigne des conditions très difficiles dont souffrent les sans-domicile fixe pour trouver le sommeil, y compris dans une structure d'hébergement, du fait de la promiscuité des conditions d'accueil.

Dans une seconde partie, nous vous présentons une série d'actions mises en œuvre sur le territoire français, tel ce programme pour les plus de 60 ans proposé par le centre de sommeil de l'Hôtel-Dieu à Paris. Un psychologue-clinicien décrypte ensuite une expérience d'ateliers du sommeil dans le département de l'Ain, ou comment, par des groupes de paroles et de la relaxation, on peut améliorer les conditions de sommeil sans recourir systématiquement aux médicaments. Pour réduire la consommation de psychotropes justement, l'Urcam de la région Franche-Comté sensibilise tant les médecins que leurs patients. Une pédiatre rappelle que la mère a un rôle prépondérant dans l'acquisition du sommeil par le tout-petit, et souligne un phénomène peu connu : les adolescents ont besoin de davantage de sommeil que les préados. Dans une séquence consacrée aux enfants et aux adolescents, plusieurs témoignages de puéricultrices et responsables d'associations montrent comment on peut améliorer la prise en compte du sommeil à l'école et dans les crèches, en installant, par exemple, une véritable sieste de début d'après-midi pour les plus jeunes. Parmi les autres initiatives présentées, soulignons la crèche Mirabilis, à Lyon, qui accueille des enfants la nuit pour permettre aux parents travaillant en horaires décalés de bénéficier de ce type de structure collective. Enfin, la rubrique « Pour en savoir plus », rédigée par les documentalistes de l'INPES, vous permettra d'accéder aux principales ressources documentaires sur ce thème ; à souligner que cette rubrique est intégralement accessible en ligne sur le site Internet de l'Institut avec l'ensemble des liens vers les références que nous préconisons. Au total, un dossier extrêmement fourni… qui ressemble fort à un numéro spécial !

Yves Géry

Dossier coordonné par le **Dr Françoise Delormas,** directrice de Prosom, Lyon, **Michel Dépinoy,** médecin de santé publique, INPES, et **Sandrine Broussouloux,** chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

Le sommeil : une nouvelle priorité de santé publique ?

Pour un grand nombre de personnes, le sommeil apparaît comme un moment de vie, relevant de choix personnels et privés, tels que ceux qui participent à l'intimité de la chambre à coucher. Et certains pourraient penser que cette préoccupation ne relève pas d'une réelle priorité de santé publique mais plutôt d'une simple composante de la qualité de vie. D'ailleurs la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n'en fait pas mention, probablement parce qu'il est difficile de montrer son impact sur les indicateurs globaux de santé tels que les taux de mortalité prématurée ou les prévalences de morbidité, en raison de nombreux facteurs intriqués.

« Nous aurions perdu, en un siècle, deux heures de sommeil, mais nous ne savons pas, en définitive, quelles sont précisément les conséquences de cette réduction sur notre physiologie et sur notre santé. »

Et pourtant chacun se sent concerné par ce sujet, puisque 45 % des Français estiment manquer de sommeil et qu'un Français sur trois déclare souffrir d'un trouble du sommeil. Le déficit et les troubles du sommeil ont des conséquences multiples, au-delà de l'atteinte à la qualité de vie et ceci dans des proportions variables selon les âges, les situations sociales, les lieux de résidence.

Le sommeil serait-il un sujet oublié ? Ce qui est certain, c'est que cette préoccupation existait dans les temps anciens. Il y a plus de deux mille ans, Hippocrate décrivait déjà les effets du sommeil et des veilles sur la santé et en faisait état dans ses préceptes de médecine préventive. Il évoquait le sommeil comme composante déterminante de la santé au même titre que l'inaction et le travail, les exercices physiques et la marche à pied, la consommation d'aliments et les nourritures échauffantes, l'excès du froid ou du chaud, les relations sexuelles et les bains, etc.

La mythologie grecque vénérait le sommeil, en lui attribuant une importance majeure : Hypnos, le Dieu du sommeil, et Thanatos, la personnalisation de la mort, étaient frères jumeaux, fils de Morphée, divinité des rêves prophétiques, et de Nys, Dieu de la nuit... Si ces références mythologiques ne sont plus guère utilisées de nos jours, les connaissances scientifiques les plus récentes n'ont pas encore permis d'élucider tous les mécanismes intimes de cette « boîte noire ». Même les rêves dont nous nous souvenons restent souvent une énigme. Leur irruption, sous la forme d'images étranges, irrationnelles et fantasmatiques, ne manque pas de semer le désordre dans l'organisation de notre pensée. Ils nous renvoient aux multiples expressions de notre imaginaire, dont la signification nous échappe souvent.

Nous savons que le sommeil n'est pas un simple temps de repos, mais qu'il correspond à une activité physiologique vitale, dont de nombreuses recherches restent encore à conduire. Nous aurions perdu, en un siècle, deux heures de sommeil, mais nous ne savons pas, en définitive, quelles sont précisément les conséquences de cette réduction sur notre physiologie et sur notre santé. Des recherches épidémiologiques ont mesuré les retentissements délétères des troubles du sommeil sur la cognition et la vigilance, mais aussi sur le système cardio-vasculaire et sur certains métabolismes et systèmes hormonaux, avec un risque accru d'obésité par exemple. Mais l'impact réel de ces conséquences en population générale n'est pas encore suffisamment évalué à ce jour.

Ce qui est le plus souvent admis est qu'un temps de sommeil, variable selon les individus, s'impose à chacun de nous et qu'il est préjudiciable d'en réduire la durée. Chacun a d'ailleurs pu faire l'expérience d'une restriction occasionnelle de sommeil avec le sentiment pénible de

fatigue au réveil, une irritabilité, des oublis et un défaut d'attention, voire une somnolence, induisant des risques d'accidents. Chacun a pu découvrir comment la qualité de son sommeil dépend de nombreux facteurs, liés à son environnement et à ses modes de vie, mais aussi de son état émotionnel et psychologique.

Durant les premières semaines de vie de leur nouveau-né, les jeunes parents participent à l'acquisition précoce des rythmes biologiques sommeil/éveil et nuit/jour de leur bébé. Ils en subissent même les conséquences, en ayant eux-mêmes des épisodes de veille la nuit… qui peuvent laisser parfois des séquelles durables. Cette éducation précoce des rythmes biologiques de l'enfant est pour les jeunes parents une première expérience qui relève souvent d'une approche autodidacte avec ses réussites et ses échecs, alors qu'elle pourrait bénéficier de quelques conseils adaptés, fondant ainsi la qualité des bonnes relations intrafamiliales.

Ce dossier de *La Santé de l'homme* présente l'état des connaissances sur le sommeil, sous l'angle biologique mais aussi psychologique et sociétal : quelle représentation sociale avons-nous du sommeil ? S'agit-il d'un moment perdu de notre temps si précieux, d'un moment de repos que nous pratiquons par habitude, d'une activité que nous percevons comme nécessaire mais que nous tentons cependant de réduire pour répondre à d'autres sollicitations ? S'agit-il au contraire d'un moment protégé, avec l'appréhension de ne pas « trouver » le sommeil, ou de ne pas se réveiller à l'heure ?… Chacun a sa représentation du sommeil et lui attribue des fonctionnalités, des qualités et des vertus ; elles renvoient à la connaissance de soi-même, en fonction de son environnement et de ses conditions de vie ; elles interrogent notre capacité à connaître et à apprivoiser cette fonction vitale qui participe à notre équilibre de vie.

Ce dossier a été conçu pour permettre au lecteur d'explorer les nombreuses problématiques que pose le sommeil. Une première partie du dossier aborde le sommeil à travers les âges et les civilisations : différents âges de la vie, du sommeil de l'enfant à celui de l'adulte ou de la personne âgée ; différentes civilisations grâce à un article transculturel qui jette un regard croisé sur les représentations sociales du sommeil en France et au Japon. Dans une seconde partie, les auteurs que nous avons sollicités explorent les différentes possibilités de mener une action d'éducation pour la santé à partir de cette problématique.

« Chacun a sa représentation du sommeil et lui attribue des fonctionnalités, des qualités et des vertus ; elles renvoient à la connaissance de soi-même, en fonction de son environnement et de ses conditions de vie. »

L'annonce faite, le 29 janvier 2007, par le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, de mettre en place un programme d'actions sur le sommeil témoigne de la prise de conscience des enjeux et des répercussions collectives de ce sujet. Elle nous incite à en parler sans tabous, pas seulement sous l'angle médical mais en envisageant tous les aspects de notre organisation sociale.

Nous vous souhaitons donc bonne lecture !

Michel Dépinoy
Médecin de santé publique, INPES.
Dr Françoise Delormas
Directrice de Prosom, Lyon.
Sandrine Broussouloux
Chargée de mission,
direction du développement de l'éducation pour
la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

À chaque culture son sommeil !

Au Japon, les siestes sont bien considérées, elles témoignent de l'ardeur que le citoyen consacre au travail et à la vie sociale. En France, la sieste demeure taboue et peu acceptée socialement. Chaque culture a ses représentations du sommeil. Mais ces cultures sont menacées par la montée en puissance du « sommeil performant », agencé de façon à être le plus court possible. Approche ethnologique du rapport que les sociétés entretiennent avec le sommeil.

Le fait de dormir répond à un besoin biologique, partagé par l'homme et les animaux. Pour autant, la satisfaction de ce besoin – qu'on qualifiera aisément de naturel – n'échappe pas chez l'homme à une élaboration socioculturelle. Les manières de satisfaire ce besoin, la place qui lui est accordée dans l'existence quotidienne, varient d'une culture à l'autre. Dormira-t-on dans un hamac, un lit, sur le sol ? Assis, couché, debout ? Avec un vêtement, nu ? La nuit, le jour ? Seul, en couple, en famille ? Pendant combien de temps ? Selon quels rythmes ? Dans quels lieux ? Dans quelles circonstances ? Ces variations dans des habitudes qui semblent si « naturelles » surprennent immanquablement les candidats au voyage, aux échanges interculturels ou à l'expatriation. Ce qui est considéré comme normal dans certains groupes ou peuples peut se révéler surprenant, incompréhensible, voire incohérent aux yeux des membres d'un autre groupe.

Parce qu'il est parfois plus facile de prendre conscience de nos propres pratiques culturelles, des valeurs et représentations qui les sous-tendent en examinant d'autres types de comportements, provenant d'autres cultures, éloignées de nos habitudes, on tentera de construire un tableau du sommeil, en France, à partir d'une comparaison avec les pratiques et représentations d'une autre culture, celle du Japon.

Le sommeil, pratiques et représentations : comparaison France-Japon

En quoi les pratiques de sommeil des Japonais diffèrent-elles généralement des nôtres ? La première différence qui marque les Français découvrant le Japon est la pratique de microsiestes et du sommeil diurne (notons que les Japonais dorment en moyenne une heure de moins par nuit que les Français…) (1, 2). Ces assoupissements sont sujets de surprise et de plaisanterie pour les Français : en atteste la vogue des photos de « siesteurs » nippons sur Internet. Le choc culturel des Français devant cette pratique tient moins au fait de faire la sieste qu'aux conditions de cette sieste, à la position des dormeurs, aux lieux et temps où ces siestes se pratiquent, à la généralisation de ce comportement, etc. Être capable de s'endormir assis dans une position proche de celle d'une personne éveillée, s'endormir sur l'épaule de son voisin dans les transports en commun, s'endormir au milieu d'une réunion de travail ou d'un cours, s'endormir dans un lieu public, lors d'une soirée, ou plusieurs fois durant la journée, pour un court moment (3), choses courantes et tolérées au Japon, répondent peu à ce qui serait considéré, en France, comme un comportement « normal ». Ces microsiestes répétées, qui peuvent donner lieu à des scènes très surprenantes pour un observateur français (s'apercevoir, par exemple, qu'un quart des personnes présentes à une réunion de travail dort), ne correspondent pas à la sieste telle que nous la connaissons en France (déjà assez peu pratiquée par la population active et souvent socialement « stigmatisée » chez les actifs), à savoir vingt minutes à une heure de sommeil environ, en tout début d'après-midi et en privé.

Comment comprendre ces habitudes de sommeil japonaises ?

Selon Jean-Luc Azra et Bruno Vannieuwenhuyse, *« les habitudes de sommeil des Japonais s'inscrivent dans un schéma où le sens communautaire est valorisé et où le temps consacré au groupe est vu comme une garantie d'efficacité. L'individu doit garder le contrôle sur ses besoins physiques, tel que le sommeil, pour assurer un temps de participation au groupe suffisant, et le système d'étude l'y entraîne depuis l'enfance ou l'adolescence. »* (3). Il semblerait donc que, pour les Japonais, être fatigué, et céder à cette fatigue le temps d'un bref endormissement, est le signe en quelque sorte qu'on ne s'est pas « économisé », qu'on s'est donné entièrement, qu'on fait l'effort d'être présent avec les autres malgré cette fatigue (qu'il s'agisse du travail, d'une sortie au restaurant, d'une soirée chez des amis), ce qui est valorisé socialement. Selon Brigitte Steger (4), cette attitude est une des composantes des habitudes japonaises ; l'expression « inemuri » lui correspond, elle désigne un « assoupissement » ou le fait d'« être présent et endormi ».

D'autres habitudes de sommeil des Japonais peuvent différer des nôtres. Ainsi, si, en France, l'on habitue très tôt les enfants à dormir seuls, dans un lit et/ou une chambre séparée, cette séparation, jugée dans les deux pays utile pour développer l'autonomie de l'enfant, intervient beaucoup plus tard au Japon (en moyenne après 3 ans et souvent plus tard). Selon l'étude pilote menée par Jean-Luc Azra et Bruno Vannieuwenhuyse auprès de groupes d'étudiants français et japonais (1), il n'est pas rare au Japon que les enfants partagent le lit[1] de leurs parents (ou d'un de leurs parents) à 3 ans. Le bon âge pour qu'un enfant dorme dans une chambre séparée serait en moyenne 7 ans et demi, selon de jeunes étudiants japonais, alors que les étudiants français

proposent plutôt cette séparation vers 2 ans et demi en moyenne. Quant à l'habitude pour un couple de dormir ensemble, elle semble moins absolue pour les Japonais. À l'inverse, pour de jeunes étudiants français, dormir ensemble au sein du couple, même après vingt ans de vie commune, reste un incontournable. Les lits séparés ou l'idée de faire chambre à part sont associés, en France, à l'idée d'un problème au sein du couple, le lit étant le lieu de l'intimité partagée et de la sexualité. Les réponses des jeunes Japonais proposent une autre représentation du dormir ensemble : il est important de dormir avec les enfants en bas âge car ceux-ci sont fragiles et ont besoin d'un environnement chaleureux et rassurant. Pour les Français interrogés, l'intimité du couple doit être préservée.

Ces différentes habitudes de sommeil chez l'enfant entraîneraient, selon une étude comparative France-Chine menée par Hsing Pan Dong au sujet des pratiques du coucher du jeune enfant (5), deux formes de constructions psychiques ; la séparation enfant/parents, ou séparation d'avec l'autre, renforcerait, en France, la construction d'un « moi *authentique* (…) qui s'attache à soi » ; la proximité enfant/parents, ou séparation d'avec soi, renforcerait en Chine la construction d'un « moi *relationnel* ». L'hypothèse se pose alors d'une transposition de ces conclusions aux pratiques japonaises, qui s'apparentent aux pratiques chinoises sur ce point.

L'idéal français en matière de sommeil

Si l'on compare maintenant les pratiques françaises à cette brève esquisse des pratiques japonaises, on perçoit une tout autre conception socioculturelle du sommeil. En France, le sommeil est avant tout, et « normalement », nocturne et monophasique (pris en un seul bloc). L'on dort seul ou en couple, en privé. Une pièce est généralement dévolue à cette fonction : la chambre à coucher. Le sommeil est représenté comme devant permettre à l'individu de « recharger ses batteries » pour être efficace dans la journée. C'est aussi un élément jugé essentiel pour l'équilibre de l'individu, le sommeil influant sur la qualité de vie. Chacun a alors une responsabilité personnelle quant à cette efficacité et cette qualité de vie, par le biais du contrôle de son hygiène de vie.

En quoi ces représentations peuvent-elles être considérées comme socialement normatives, quoique évidemment sujettes à des variations individuelles ? C'est en analysant nos réactions devant des exceptions à ces « règles implicites » que l'on peut mesurer l'ancrage de cette représentation du « bien dormir » en France, ainsi que les valeurs sociales qui orientent notre perception du monde et de nous-mêmes *(voir encadré)*.

Sommeil diurne/sommeil nocturne, vie publique/vie privée : tolérance sociale au sommeil

Si l'on reconnaît de plein droit le sommeil diurne aux nourrissons et jeunes enfants, le sommeil des personnes âgées est toléré, quoique traité avec condescendance, et celui des adultes est jugé problématique. Pour les personnes d'un certain âge, on analysera un petit somme comme le signe d'un déclin. Pour un adulte, le sommeil diurne est interprété souvent comme signalant une mauvaise gestion du sommeil nocturne : soit la personne se donne une mauvaise hygiène de vie (sorties nocturnes, etc.), soit elle est incapable de « gérer son sommeil », ce qui fait naître des soupçons sur sa capacité à gérer d'autres sphères de son existence personnelle ou professionnelle. Le sommeil diurne est assez vite interprété comme un signe de paresse, de laisser-aller, d'absence de contrôle.

Si les médecins et spécialistes du sommeil ont indiqué l'importance du respect du sommeil nocturne et la portée bénéfique d'une sieste en début d'après-midi, celle-ci correspondant à un moment de

moindre vigilance lié au fonctionnement de notre horloge biologique, d'autres acteurs sociaux n'hésitent pas à condamner ou à défendre la sieste en se fondant non sur des données scientifiques mais sur un imaginaire qu'il peut être intéressant de questionner.

La sieste est en effet condamnée par beaucoup comme une « perte de temps », et, de ce fait, elle est mal acceptée et raillée dans le monde du travail et de l'entreprise, ce que rappelle Philippe Cabon (6). Celui-ci ayant travaillé sur l'impact de la sieste chez les pilotes de ligne explique en effet : *« Au moment où s'affiche la photo du pilote qui dort, la salle s'esclaffe. On trouve ça comique, limite obscène, de dormir au travail. Alors que c'est parfois une question de vie ou de mort. »* (7) Dans le milieu de l'entreprise, lorsque la sieste est adoptée, elle l'est souvent non en raison de sa pertinence sur le plan biologique mais en vertu de sa capacité supposée à accroître la productivité sur le plan professionnel et social : faire idéalement deux journées en une…

Notre perception sociale du sommeil semble ainsi reposer sur une double représentation : le sommeil est à la fois objet de considération d'un point de vue hygiéniste (sommeil récupérateur, garant du bon fonctionnement de l'individu), indissociable de son pendant, qui est l'activité. Le sommeil nocturne se doit de nous rendre efficaces, « bien réveillés » pour la journée. Le sommeil diurne (sieste) est justifié éventuellement par un gain de productivité dans nos activités mais il est stigmatisé socialement lorsqu'il intervient en public, au cours d'une période dédiée à l'activité. En France, expressions, remarques ou proverbes (8) nous rappellent dès l'enfance les normes de notre société : *« Si c'est pour dormir, autant rester chez vous ! », « Le monde appartient à ceux qui se lèvent tôt », « Ça ne sert à rien de continuer, tu dors debout ! »*

Voyage dans les rituels du sommeil

Nos habitudes lorsque nous nous mettons au lit peuvent varier en fonction de nombreuses composantes, individuelles et collectives. Sur le plan médical, S. H. Onen a proposé de définir les rituels de sommeil comme un « *ensemble de comportements répétitifs observés systématiquement le soir au moment du coucher* ».[1] Lorsque l'on évoque le rituel du coucher, il s'agirait de prendre en considération une ritualisation individuelle visant soit à « *signifier à notre organisme qu'on va aller se coucher* » chez l'adulte[2], soit à sécuriser l'enfant afin de lui permettre d'interrompre sans angoisse sa relation avec l'extérieur et de se laisser aller au sommeil.
Françoise Royant-Parola évoque ainsi les rituels du coucher chez l'adulte et leurs fonctions : ils sont le plus souvent (exception faite des personnes présentant des troubles psychotiques ou obsessionnels) des gestes utilitaires qui marquent un moment de passage entre l'activité de la journée et la préparation au repos, comme « *se laver les dents, se mettre en pyjama, fermer les volets et… se mettre au lit. Cette succession de petits événements est équivalente à un code qui sous-entend qu'il est temps de dormir.* » Ces actions simples, répétées, agissant comme une forme de conditionnement positif au sommeil, permettraient à l'individu de respecter et de renforcer la rythmicité naturelle du cycle veille-sommeil.

Chez les enfants, les rituels du coucher remplissent un rôle différent ; ils visent à faciliter l'endormissement, moment de séparation temporaire d'avec les êtres chers et de relative solitude pour l'enfant, par une transition douce entre état de veille et sommeil. « *Ce sont les rituels de réassurance du petit enfant : prendre l'ours en peluche dans son lit, sucer son pouce, se faire raconter des histoires, etc. Ces manifestations obsessionnelles discrètes traduisent la tentative de maîtrise de l'angoisse suscitée par la rupture de la relation avec l'extérieur* » [2].

Si l'importance de ces rituels chez l'enfant ne fait pas l'objet de remises en question, la teneur de ces rituels peut à l'inverse susciter des interrogations puisqu'elle varie en fonction des matrices culturelles. Dans *Les rituels du coucher chez l'enfant*[3], ouvrage collectif qui évoque les pratiques relatives à l'allaitement, à l'apaisement et à l'endormissement de l'enfant dans différents contextes culturels (Sénégal, Algérie, Japon, Brésil, France, Italie, Portugal, etc.), Hélène Stork rappelle la nécessité d'une prise en considération et d'une observation fine des relations mère-enfant dans différentes cultures avant d'avancer des conclusions « universalisables » sur la psychologie des jeunes enfants et de préconiser ou de déconseiller certaines pratiques. Si le cadre de référence occidental favorise l'idée d'une relation distale mère-enfant, de nombreux autres pays (Brésil, Sénégal, Japon, etc.) ont une vision du modèle maternel qui valorise la proximité fusionnelle mère-enfant (relation proximale).

Lorsqu'un professionnel de santé est amené à conseiller des personnes d'autres cultures, en particulier des personnes migrantes, sur des points de puériculture et de « maternage » (ensemble des gestes et soins par lesquels une mère s'occupe de son enfant), il doit s'efforcer de distinguer nécessité médicale et choix socioculturel [4]. « *Pour les professionnels de l'enfance qui ont affaire à des familles migrantes, de bonnes connaissances de base sur le milieu d'origine sont indispensables pour éviter d'imposer à ces familles des modes de maternage qui sont parfois radicalement opposés à leur propre savoir-faire. Une telle surimposition contribue à la perte des repères culturels, déjà engagée par la migration, et déstabilise les mères, qui se trouvent alors prises dans un "conflit de maternage" ?* » (3). L'un des effets les plus négatifs que peut entraîner ce conflit de maternage est parfois le désinvestissement de la mère qui n'ose plus s'occuper de son enfant.

Laura Chapuis

1. *Onen S.H., Onen F.* Dictionnaire de médecine du sommeil. *Paris : Ellipses, hors collection, 1998 : 244 p.*
2. *Royant-Parola S.* Comment retrouver le sommeil par soi-même. *Paris : Odile Jacob, 2002 : 192 p.*
3. *Stork H.E. (sous la dir. de).* Les rituels du coucher de l'enfant, variations culturelles. *Paris : ESF, 1993 : 302 p.*
4. *Voir également* « Dormir… mille et une manières », *communication de Marie-Rose Moro, ethnopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie transculturelle, hôpital Avicenne, université Paris-XIII, durant la journée d'étude « L'enfant et son sommeil ».*

Étant nocturne, le sommeil fait, en France, partie de la sphère privée. Son intrusion dans la sphère publique, et en particulier dans le monde du travail, est déplacée, incongrue, sujette à moquerie. La population française présente cependant un taux de somnolence diurne qui inciterait à briser ce tabou afin de limiter les risques liés à un assoupissement ou à une baisse de vigilance durant le travail ou au volant (9).

Sommeil et activité : quelles représentations ?

Si, dans notre culture, le sommeil a été lié historiquement à une forme de passivité et à l'image de la mort, comme l'illustre la parenté entre les dieux grecs Hypnos et Thanatos, les frères jumeaux, ou la métaphore du « dernier sommeil », cette perception semble aujourd'hui dépassée. On observe ainsi un renouvellement des conceptions culturelles françaises relatives au sommeil. Le sommeil est moins une inactivité qu'une autre forme d'activité. Les découvertes scientifiques de la seconde moitié du XXe siècle, en renouvelant les modèles de compréhension du sommeil, semblent avoir été enregistrées par les représentations collectives. On admet donc qu'il se passe beaucoup de choses dans notre corps et dans notre cerveau lorsque nous dormons. Le sommeil, devenu actif (récupérateur), entre dès lors en concurrence avec d'autres activités. Il peut être représenté comme potentiellement maîtrisable et gérable. La vision du sommeil « perte de temps », partagée par un certain nombre, quoique infondée scientifiquement, semble alors entraîner certains à imaginer qu'ils pourront optimiser le fonctionnement du sommeil, en réduire la quantité par un éventuel progrès de la qualité et rendre leur sommeil plus « productif ». De pseudo-méthodes (10) circulent d'ailleurs sur Internet, expliquant comment réduire considérablement son sommeil, le plus souvent en le fractionnant. Elles s'appuient sur le fait même que tous les individus n'ont pas spontanément le même rythme de sommeil et évoquent alors une maîtrise du sommeil : puisque quelques-uns sont frais et dispos avec cinq heures de sommeil, ce serait possible. Il s'agit alors de comprendre comment, pour tenter de faire de même, toujours dans cette recherche effrénée de gain de temps. Un certain nombre de personnes n'hésitent pas à tester sur elles-mêmes ces nouvelles techniques (réduction globale du temps de sommeil via un sommeil fragmenté), comme on s'en aperçoit dans des discussions sur des forums Internet : réduire son temps de sommeil est présenté comme un défi révélant un idéal : agir plus, plus longtemps. Plusieurs témoins signalent que leurs expériences se sont soldées à long terme par des troubles du sommeil qui semblent avoir persisté parfois plusieurs années après ces phases de sommeil fragmenté et réduit. La relation sommeil/activité

donne lieu ainsi à toutes sortes de fantasmes dont les conséquences peuvent être très néfastes s'ils sont mis en application. Remarquons ici que ce modèle « français » n'est pas nécessairement propre seulement à notre pays. On retrouve nombre de ces caractéristiques dans la population canadienne par exemple. Ainsi, près de la moitié des Canadiens qui manquent de temps déclarent réduire alors temporairement leur temps de sommeil (11), tout en considérant cependant qu'il s'agit d'un temps important pour le bien-être, la santé, l'efficacité. Le gouvernement canadien, qui a fait de la thématique du sommeil un enjeu de santé publique, a engagé de nombreuses études sur les habitudes de sommeil et la longueur du temps de travail ; il a institué une semaine de sensibilisation aux troubles du sommeil. On trouve ainsi sur une plaquette destinée au grand public le message *« Gardez jalousement vos heures de sommeil », « Bâtir un meilleur avenir commence par bien dormir »*[2].

Évaluation médicale, évaluation sociale du sommeil

Partant de ces quelques pistes sur le rôle donné au sommeil dans la population française, on cernera sans doute plus facilement les fluctuations relatives à la perception d'une situation normale ou pathologique par les individus, celle-ci dépendant en partie de cet idéal de performance, d'efficacité et de qualité de vie.

Signaler la relativité culturelle du concept de « bien dormir » ne signifie certes pas que la « normalité » sociale fait disparaître la dimension biologiquement pathologique de certaines habitudes. En effet, certaines pratiques, considérées à une époque comme normales par le groupe, peuvent s'avérer néanmoins pathogènes. Ainsi, si les Japonais jugent comme une conduite sociale positive des rythmes socioprofessionnels intensifs entraînant un manque de sommeil presque permanent pour certains, il n'en demeure pas moins que ces conduites ont des conséquences parfois dramatiques sur le plan de la santé : le « karoshi », ou « mort par épuisement au travail » (12), et le « karo jisatsu », ou suicide lié au surmenage (13), rappellent les limites de l'adaptabilité du corps aux exigences sociales. Jorge Salton, psychiatre brésilien, ayant séjourné au Japon, explique ainsi le phénomène du « karoshi » : *« Beaucoup de personnes dans d'autres pays du monde travaillent dans ces conditions, c'est vrai. Là-bas, il y a cependant quelque chose de plus lourd : la culture de ce peuple ne critique pas un tel comportement. Au contraire, si nous ne faisons pas la même chose, nous sentons que nous laissons à désirer, en échouant, en étant faibles, incapables. Notre amour propre ira mieux si nous nous adaptons. Les Japonais prennent un nombre de jours de vacances bien inférieurs à ceux qu'ils (sic) ont droit. S'ils prennent leurs vacances entières, ils se sentent irresponsables et seront certainement mal vus par les supérieurs et par les collègues de travail. »* (14)

On mesure l'importance que la prise en compte des représentations sociales peut avoir lorsqu'il s'agit de mener des opérations de promotion de la santé. Tenter de modifier les habitudes éventuellement pathogènes d'une population passe donc par des campagnes de prévention et d'information, établies en tenant compte des représentations sociales impliquées, par le biais en particulier d'une réflexion sur les rythmes sociaux, le statut de l'action, de la performance, et de la santé.

Laura Chapuis
Directrice, Association pour la promotion et la diffusion des connaissances en philosophie et sciences sociales (Prophil), Lyon.

1. Le couchage japonais ne ressemble que peu à nos lits. Il s'agit souvent de futons juxtaposés.
2. Réseau canadien de santé, Santé Canada.

Références bibliographiques

(1) Voir également Azra J.-L., Vannieuwenhuyse B. *Gestion du sommeil en France et au Japon : une enquête pilote.* Studies in Language and Culture 26, University of Osaka, 2002.
(2) Soldatos C.R., Allaert F.A., Ohta T., Dikeos D.G. *How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries.* Sleep Med 2005 ; 6(1) : 5-13.
(3) Azra J.-L., Vannieuwenhuyse B. *La conceptualisation de la culture : l'exemple de la gestion du sommeil en France et au Japon.* Studies in Language and Culture 25, University of Osaka, 2001.
(4) Voir notamment Steger B. *Getting away with sleep-social and cultural aspects of dozing in Parliament.* Social Science Japan Journal 2003; 6: 181-97.
(5) Dong H.-P. *Les pratiques du coucher du jeune enfant, la relation familiale et la construction psychique de la personne : une étude interculturelle comparative entre la France et la Chine (Taiwan),* sous la direction du professeur H. E. Stork, université René-Descartes, Paris-V, 2006.
(6) Voir notamment Cabon P., Estruch X., Bourgeois-Bougrine S., Mollard R., Coblentz A. Caractéristiques des siestes à bord lors de vols transatlantiques en équipage à deux. In : *Proceedings du 34e congrès de la Société francophone de chronobiologie.* Paris, 14-16 mai 2002.
(7) Cabon P., cité par Ondine Millot dans *Libération* le 12 mai 2003, article *« Le réveil de la sieste ».*
(8) Voir également Azra J.-L. *Les métaphores du sommeil.* Stella 20, études de langue et littérature françaises, université de Kyushu, 2001, Fukuoka, Japon.
(9) Enquête TNS/Sofres 2005 « Les Français et la somnolence ».
(10) Cf. sur Internet : *« Uberman sleep schedule ».*
(11) Williams C. *Vous empêchez-vous de dormir ? Les habitudes de sommeil des Canadiens.* In : Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, 2001 : 12-7.
(12) Liu Y., Tanaka H., the Fukuoka Heart Study Group. *Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men.* Occupational and environnemental medicine 2002 ; 59 : 447-51.
(13) Inoue K., Matsumoto M. *Karo jisatsu (suicide from overwork): a spreading occupational threat.* Occup environ Med 2000 ; 57 : 284-5.
(14) En ligne : http://www.salton.med.br. SH II – courses – Suggestion de lecture – 15/05/2006 : changer sans se perdre. Dr Jorge Salton, médecin psychiatre, professeur titulaire de psychiatrie et de relation médecin-patient de la faculté de médecine de l'UPF.

À quoi sert le sommeil ?

Les recherches effectuées depuis cinquante ans ont confirmé le rôle du sommeil comme élément réparateur et régulateur. Pendant le sommeil, les défenses immunitaires se façonnent, la peau se régénère, l'enfant grandit en sécrétant des hormones, etc. À l'inverse, le manque chronique de sommeil accroît le risque d'obésité et d'hypertension. Une bonne hygiène de sommeil serait un facteur capital de prévention des maladies. Revue des connaissances.

À quoi sert le sommeil ? Si l'on pose cette question, il est étonnant de constater la similarité des réponses, que l'on ait 7 ou 77 ans : se détendre, se reposer, rêver, être en forme. Les plus jeunes ajoutent : grandir ou éviter d'avoir des maladies.

Pour les croyances primitives, les rêves étaient envoyés à dessein au rêveur pour lui annoncer l'avenir. Aristote pensait qu'ils pouvaient révéler au médecin les premiers signes d'un changement dans l'état du corps, imperceptibles pendant l'éveil. Galien, médecin grec du IIe siècle après J.C., estimait que « *le sommeil est utile aux humeurs qui doivent être élaborées… Selon l'évolution de la maladie, l'éveil ou le sommeil peuvent être utilisés comme régulateurs des humeurs, le sommeil serait même capable de stopper les hémorragies* ». Le siècle des lumières a vu la diffusion de l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert où le sommeil est défini par « *un état nécessaire à l'homme pour soutenir, réparer, et remonter sa machine* ». Buffon dans son *Histoire naturelle* écrit, en 1768, que « *le sommeil n'est pas un état accidentel mais un état aussi naturel que la veille* ».

En 1937, l'électroencéphalographie a permis de distinguer cinq états, allant de la veille au sommeil profond et, en 1957, deux chercheurs américains, Aserinsky et Kleitman, découvraient un sommeil particulier associé à des mouvements oculaires rapides, dénommé plus tard le sommeil paradoxal par Michel Jouvet[1]. Jusqu'à cette découverte, le sommeil était généralement considéré comme un état cérébral inactif. La recherche nous a ensuite montré que nos nuits sont remplies d'une multitude d'événements dont nous ne sommes pas toujours conscients mais beaucoup reste encore à découvrir, comme le constate M. Jouvet : « *Dans le cas du sommeil, il n'y a pas encore de vrai pourquoi, c'est-à-dire que personne ne connaît encore la ou les fonctions du sommeil.* » De ce fait, parler du rôle du sommeil n'est pas aisé. Nous pouvons cependant tenter d'élaborer une synthèse en nous référant aux informations provenant d'expériences de privations de sommeil, des recherches ou des théories portant sur le sommeil lent et le sommeil paradoxal.

Les effets de la privation de sommeil

Empêcher un rat de dormir pendant deux à trois semaines entraîne une perte de poids malgré l'augmentation de la prise alimentaire, une hypothermie et un décès par toxi-infections en relation avec la diminution des défenses immunitaires. La privation partielle de sommeil paradoxal augmente la prise alimentaire et favorise une hypothermie.

Chez l'homme, le record détenu par l'Américain Randy Gardner, qui est resté éveillé durant deux cent soixante-quatre heures, a eu pour conséquences : une somnolence, la survenue de micro sommeils, une baisse des performances avec irritabilité, agressivité, désorganisation cognitive, des troubles visuels, intellectuels et une désorientation temporelle.

La réduction du temps de sommeil à quatre heures, pendant deux nuits, chez des hommes jeunes, déséquilibre la régulation de l'appétit et provoque une augmentation de la faim avec une appétence pour une nourriture riche en calories et en hydrates de carbone avec, comme résultats, une prise de poids et une majoration du risque de développer un diabète. Ainsi, il y a une relation entre l'obésité et la dette de sommeil. Très récemment, il a été démontré que le manque de sommeil était responsable d'une inflammation dans l'organisme et augmentait très nettement le risque d'hypertension artérielle.

Les navigateurs en solitaire rapportent la survenue d'hallucinations auditives ou visuelles lors de fortes privations de sommeil.

Le sommeil lent et la fatigue physique

L'économie d'énergie

Pour les théories organiques, la « cause » du sommeil se situe à l'intérieur du corps avec des réparations de processus biochimiques et physiologiques, réparations qui sont ensuite d'ailleurs dégradées au cours de l'éveil. Nous observons, en effet, un allongement de la durée du sommeil, notamment du sommeil lent profond, après un exercice physique intense, au cours de la grossesse, de la croissance et de la puberté.

Les théories protectrices, plus anciennes, soutiennent que le sommeil préserve l'organisme et le cerveau en facilitant le repos et la restauration des liaisons nerveuses, rendues moins efficaces par une longue période d'éveil. Dormir participe à la protection contre le stress induit par la privation de sommeil et permet une économie d'énergie ainsi que le maintien de la température centrale. En outre, le sommeil lent contribue à l'élimination des toxines et autres déchets des systèmes respiratoires, cardio-vasculaires et glandulaires.

Les sécrétions hormonales

Pendant le sommeil lent, la synthèse protéique (c'est-à-dire les processus de fabrication des protéines) est accrue avec une augmentation de sécrétion de l'aldostérone, la testostérone, la prolactine et l'insuline. L'enfant grandit pendant son sommeil en raison d'un pic de sécrétion de l'hormone de croissance lors des activités d'ondes lentes. Ainsi, les premières heures de la nuit sont-elles très importantes.

Un trouble qui entrave la production de sommeil lent, peut perturber cette sécrétion, nous citerons, par exemple, la rupture de la courbe de croissance chez le jeune enfant ronfleur atteint d'un syndrome d'apnée du sommeil. Les divisions cellulaires sont augmentées pendant le sommeil lent comme en témoigne le pic d'activité des lymphocytes sanguins en début de nuit. Nos défenses immunitaires se façonnent la nuit et le manque de sommeil contribue à une sensibilité accrue aux infections.

L'adaptation à l'environnement

Les théories comportementales ou éthologiques (comportement chez l'animal) lui confèrent un rôle dans l'adaptation. En effet, pour survivre, un organisme vivant doit s'adapter et se préparer aux défis de l'éveil consécutif et aux variations prévisibles de l'environnement. Des horloges circadiennes (fonctionnant sur un cycle voisin de vingt-quatre heures) endogènes sont là pour maintenir un état d'équilibre à l'intérieur du corps face aux modifications du milieu extérieur, on parle d'homéostasie (stabilisation des constantes physiologiques) prédictive. Citons l'exemple de l'organisation temporelle de la peau humaine, qui favorise ses fonctions de renouvellement, de reconstruction et de réparation au cours de la nuit. Le maximum des divisions cellulaires épidermiques se situe vers 1 heure du matin et le creux vers 13 heures. Notre peau se prépare la nuit, elle anticipe les agressions lors de l'éveil. Ces variations circadiennes sont le fondement même de l'étude des rythmes biologiques (chronobiologie), basée sur le principe qu'il ne peut pas exister d'activité continue sans repos périodique.

Le sommeil paradoxal et les processus psychologiques

La restauration du système nerveux

Ce rôle dans la maturation du cerveau explique que le sommeil paradoxal soit si prépondérant avant et après la naissance pour diminuer progressivement avec l'âge. La proportion de sommeil paradoxal passe en effet de 50 % à la 36e semaine de vie fœtale à 20 % chez l'adulte.

Le rêve

Le sommeil à mouvements oculaires rapides est très lié à la vie psychique et à l'activité onirique, mais ces fonctions restent encore mystérieuses. À partir du XIXe siècle, deux courants de pensée s'opposent. Pour Sigmund Freud, le monde invisible est à l'intérieur de nous-mêmes et l'inconscient détient la clé de nos songes, il est accessible par la psychologie et la psychanalyse.

Le discours scientifique, à l'opposé, plus matérialiste, refuse de se soumettre à l'invisibilité du monde qui gouverne le rêve avec des tentatives de l'expliquer par la neurobiologie et la neurophysiologie.

L'activité mentale ne s'arrête jamais, même pendant le sommeil, mais les rêves sont plus abondants au cours du sommeil paradoxal. Comme ce sommeil est prépondérant en fin de nuit, il est plus facile de se rappeler d'un rêve à ce moment-là. Les cauchemars, quant à eux, sont le reflet d'une perturbation plus importante de la vie émotionnelle.

La « personnalité »

Michel Jouvet émet l'hypothèse que le sommeil paradoxal favorise la maturation de nos comportements innés. En effet, notre potentiel génétique héréditaire nécessite d'être renforcé, chaque nuit, pendant le sommeil paradoxal, selon l'influence de l'environnement, afin d'adapter et de modeler notre personnalité.

Les autres fonctions du sommeil

La mémoire et l'apprentissage

Ce domaine est sujet à des controverses, le sommeil à ondes lentes (synonyme du sommeil lent) serait à la base du renforcement de la mémoire alors que le sommeil paradoxal accroîtrait les capacités de mémorisation. Le but étant de maintenir les mémoires existantes et d'en créer de nouvelles. Des expériences ont montré que la capacité de mémoire est meilleure quand il y a une période de sommeil après la phase d'apprentissage. D'autres ont décrit l'augmentation du taux de sommeil paradoxal après un apprentissage.

La performance

Qu'elle soit physique ou intellectuelle, la qualité de la performance est liée à celle du sommeil. Les sportifs doivent bien dormir les nuits qui précèdent les compétitions, sous peine de résultats médiocres. La sagesse est de recommander aux jeunes enfants ou aux étudiants de respecter un rythme veille-sommeil adéquat pour réussir la scolarité et les examens. La rentabilité au travail est conditionnée par l'organisation de repos compensateurs.

L'humeur, la bonne forme

Les mauvais dormeurs sont volontiers agressifs et irritables. Le manque de sommeil se manifeste de deux façons, soit par une dépression, soit par une hyperactivité et une agitation. Un enfant dit « impossible » l'est bien souvent en raison d'un sommeil trop court ou de mauvaise qualité. En fait, un sommeil perturbé cause une grande variété de troubles, comme des vertiges, des crises de tétanie, de la « spasmophilie », des douleurs, des maux de têtes. Les infirmières scolaires voient souvent des enfants venir les consulter à 14 heures pour des malaises qui ne sont que le reflet d'un manque de sommeil. Dans le monde du travail, une perturbation du sommeil et de ses rythmes favorise l'absentéisme.

La vigilance

Rien ne peut remplacer le sommeil pour maintenir une vigilance correcte et il est illusoire de vouloir être bien éveillé sans avoir un sommeil en quantité ou en qualité suffisante. Dormir conditionne nos capacités à rester éveillé, c'est-à-dire l'attention, les facultés d'adaptation et de réaction et la disponibilité. Fragmenter le sommeil allonge le temps de réaction, augmente les erreurs, favorise les troubles de l'attention et du jugement avec une difficulté à prendre des décisions. La somnolence qui en découle a des conséquences, à court terme, souvent graves, en raison de la survenue d'endormissements inopinés à l'origine d'accidents domestiques, de la route ou à un poste de travail. Le nombre d'erreurs est significativement plus élevé lorsque des chirurgiens sont privés de sommeil. De nombreuses catastrophes industrielles peuvent être expliquées par la dette de sommeil. L'explosion de la navette spatiale Challenger, en 1986, est l'exemple d'un accident dû à une erreur humaine et à une décision inadaptée liée au manque de sommeil. *« … La privation de sommeil y a contribué, si elle n'en est pas la première cause, d'après un rapport d'investigations… Une commission présidentielle a conclu que les responsables au sol n'avaient dormi que deux heures la nuit d'avant et étaient en fonction depuis une heure du matin le jour du lancement… »*[2].

Conclusion

Dans notre société moderne, nombreux sont ceux qui veulent concilier la vie professionnelle, la vie familiale, les loisirs et d'autres occupations, au détriment du sommeil. Or, dans ce grand puzzle, il en est la pièce maîtresse en raison de fonctions spécifiques mettant en jeu des mécanismes physiologiques connus ou à découvrir. Le repos est le complément indissociable de l'éveil ,de la même façon que la nuit alterne avec le jour. Penser que dormir est une perte de temps est une erreur. Les recherches futures conforteront très probablement toutes les hypothèses démontrant qu'une bonne hygiène du sommeil est un facteur capital de prévention des maladies.

Éric Mullens
Médecin somnologue,
chef de service du laboratoire de sommeil
de la Fondation Bon-Sauveur-d'Alby, Albi.

1. Michel Jouvet, professeur de médecine expérimentale à l'université Lyon-I, dirigeait l'unité de recherche de l'Inserm spécialisée dans l'onirologie moléculaire et l'unité associée du CNRS consacrée à la neurobiologie des états de vigilance. On lui doit la découverte du mécanisme du sommeil paradoxal. Il est l'auteur de très nombreux ouvrages.
2. Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. Principles and practice of sleep medicine. *W.B. Saunders Company, 3e édition, 2000 : p. 583.*

Troubles du sommeil : un large éventail, de l'insomnie à l'hypersomnie

Le terme « troubles du sommeil » recouvre différentes pathologies et manifestations. La « classification internationale des troubles du sommeil » (1) qui fait référence en la matière distingue :
– l'insomnie : aiguë, mauvaise hygiène du sommeil, comportementale de l'enfant, due à une drogue ou autre substance… ; l'insomnie est définie comme *« correspondant à un mauvais sommeil nocturne caractérisé essentiellement par des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou une sensation de sommeil non réparateur ; ce sommeil de mauvaise qualité peut induire des perturbations diurnes telles que la baisse de vigilance, la diminution des performances, la fatigue ou l'irritabilité »* (définition reprise dans le rapport Giordanella dans le chapitre « Troubles du sommeil », rédigé par les médecins gériatres Fannie Onen et Hakki Onen) ;
– les troubles du sommeil en relation avec la respiration : syndrome d'apnée du sommeil, qu'elle soit obstructive ou autre ;
– les hypersomnies : de tous types ;
– les troubles du rythme circadien du sommeil : syndrome de retard ou d'avance de phase, rythme veille/sommeil irrégulier, franchissement de fuseaux horaires *(jet lag)*, travail posté, trouble en relation avec un trouble médical, dû à des drogues ou autres substances ;
– la parasomnie : elle recouvre les éveils confusionnels, le somnambulisme, les terreurs nocturnes, les cauchemars, etc. ;
– autres catégories secondaires : les mouvements en relation avec le sommeil, les symptômes isolés (ronflement, somniloquie) et les autres troubles du sommeil.
Les troubles du sommeil ne doivent pas être confondus avec le déficit de sommeil, qui provoque la « somnolence diurne excessive ». Selon le rapport Giordanella, cette somnolence, dans sa forme sévère, affecte 6 % de la population française.

Y. G.

*(1) Établie par l'*American Academy of Sleep Medicine *www.aasmnet.org*

Source : Rapport Giordanella.

Bibliographie

• Billiard M. *Le sommeil normal et pathologique. Troubles du sommeil et de l'éveil.* Paris : Masson, coll. Précis de médecine, 1998 : 635 p.
• Freud S. *L'interprétation des rêves.* Paris : Puf, coll. Grands ouvrages, 1999 : 584 p.
• Jouvet M. *Pourquoi rêvons-nous ? Pourquoi dormons-nous ?* Paris : Odile Jacob, 2000 : 128 p.
• Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. *Principles and practice of sleep medicine.* Elsevier Saunders, 4e édition, 2005 : 1 552 p.
• Mullens É. *Apprendre à dormir.* Paris : Éditions Josette Lyon, 2005 : 192 p.
• Reinberg A. *Chronobiologie médicale, chronothérapeutique.* Paris : Médecine-Sciences Flammarion, coll. Traités, 2003 : 320 p.

Le rapport Giordanella sur le sommeil : du bilan à l'action

Vingt à trente pour cent des Français souffrent d'insomnie et 9 à 10 % d'insomnie sévère. L'importance pour la santé reste sous-estimée, et ces troubles sont insuffisamment pris en charge, conclut le docteur Jean-Pierre Giordanella dans le rapport qu'il a remis au ministre de la Santé Xavier Bertrand le 14 décembre 2007. Le groupe de travail qu'il a animé préconise de développer l'information et l'éducation pour la santé, de former les professionnels et d'améliorer la prise en charge.

Ce rapport a été élaboré, à la demande du ministère de la santé, par un groupe de travail réunissant des spécialistes du sommeil, coordonné par le Dr Giordanella, directeur de la prévention de la Caisse d'assurance maladie de Paris. À y regarder de plus près, 8 % des Français se plaignent de somnolence diurne excessive, également 8 % de la population souffrent du syndrome des jambes sans repos (sensations très désagréables, picotements et tressaillements), et 5 à 7 % d'apnées du sommeil.

Mal connu, malmené par les contraintes sociales (heures de travail, temps de transport) et les modes de vie (télévision, téléphone, Internet), le sommeil n'est pas toujours suffisant ni de bonne qualité, en particulier chez les adolescents. C'est pourtant un enjeu majeur puisqu'il occupe près d'un tiers de la vie. Les experts rappellent qu'un manque de sommeil – ou un sommeil perturbé – peut avoir des conséquences parfois majeures sur la santé, être la cause d'accidents (sur la route, au travail, etc.) ou être préjudiciable à l'apprentissage scolaire. Un tiers des accidents mortels de la circulation serait ainsi lié à des problèmes de sommeil.

Le rapport inclut un important volet sur l'information, la communication et l'éducation pour la santé, il préconise en particulier d'évaluer les actions de prévention et d'éducation existantes ainsi que de mettre en place des « recherches actions » dans ce champ. Il propose de diffuser un guide d'information auprès des parents et des professionnels de santé ; auprès de ces derniers, en particulier, l'information pourrait prendre la forme d'une communication sur le bon usage des médicaments et sur les indications thérapeutiques, ainsi que sur les thérapeutiques alternatives. Il se déclare favorable à une prise en compte accrue du rôle des associations de patients.

Déficit de sommeil/ obésité : un lien scientifiquement établi

Comme l'indiquent les professeurs Patrick Levy (CHU de Grenoble) et Jean Krieger (Hôpitaux universitaires de Strasbourg), dans le rapport Giordanella, « *les liens entre sommeil et obésité ont maintenant été bien démontrés* ». Une privation de sommeil altère le métabolisme glucidique. Une recherche isolée pour l'instant a établi que les enfants en manque de sommeil à 30 mois ont un risque très majoré d'obésité à l'âge de 7 ans. Plusieurs recherches ont aussi confirmé l'impact d'un déficit chronique de sommeil sur la survenue du diabète.

Information, soins et formation

Le rapport souligne que les troubles du sommeil constituent un réel problème de santé publique. Après l'état des lieux, il formule des propositions en présentant trois axes d'action : amélioration de l'information du public et des professionnels, amélioration de l'offre de soins et de la formation des médecins et développement de la recherche. Il formule une série de propositions pour améliorer l'éducation, la prévention, la prise en charge et la recherche. À cet égard, les experts plaident en faveur d'une éducation à « l'hygiène du sommeil », notamment pour l'enfant et l'adolescent. Ils rappellent aussi que les conditions propices à un bon sommeil ne sont pas toujours respectées, alors que pour la plupart elles sont faciles à réunir, en tout cas pour les populations qui ne sont pas en situation de précarité : chambre agréable et rangée, literie de qualité, état de détente permettant un endormissement progressif dans un sentiment de sécurité. Parmi les multiples propositions des experts, à noter que le sommeil devrait selon eux être intégré dans la surveillance habituelle de l'enfant via le carnet de santé.

Attirant l'attention sur le lien entre sommeil et accidents de la route, le rapport préconise qu'une « attention particulière » soit portée aux problèmes de sommeil lors de l'apprentissage de la conduite d'un véhicule. Conduire avec dix-sept heures de veille a les mêmes effets sur la conduite que 0,5 g d'alcool, conduire avec vingt-quatre heures de veille équivaut à avoir 1 g d'alcool dans le sang, rappellent-ils.

Le groupe de travail estime que la prise en charge des troubles du sommeil n'est pas non plus satisfaisante, pointant des retards de diagnostic pouvant « *atteindre plusieurs années (…) ; la durée moyenne d'errance pour une pathologie du sommeil est de plus de trois ans pour 52 % des patients* » tandis que le délai d'attente pour une consultation et/ou des examens complémentaires est de « *plusieurs mois* ». Il recommande de « *recenser et classer les structures du sommeil* » et d'« *établir des recommandations sur les principales pathologies* ». Le nombre des centres de sommeil est estimé à une centaine, mais il existe

des disparités régionales. Par ailleurs, l'usage des somnifères, *« de toute évidence excessif et souvent inapproprié »*, devrait également faire l'objet d'une meilleure communication selon le rapport qui rappelle qu'il existe d'autres moyens pour résoudre les problèmes d'insomnie.

En matière de recherche, le rapport propose *« la création d'un groupement d'intérêt scientifique »* réunissant les différents partenaires de santé et de la recherche et préconise la création de centres pluridisciplinaires « sommeil », rassemblant chercheurs et cliniciens. Au final, le rapport se prononce pour que le sommeil soit considéré désormais comme *« une grande thématique de santé publique »*. À noter qu'une bonne partie des mesures préconisées par le rapport Giordanella a logiquement été reprise dans le Plan de santé sommeil adopté en janvier 2007 par les pouvoirs publics et présenté par Xavier Bertrand. Ce plan *(voir encadré page 26)* est articulé autour du développement des connaissances sur le sommeil, d'une meilleure prise en charge de troubles du sommeil et d'un développement conséquent de la prévention et de l'éducation pour la santé, volet dans lequel l'INPES se voit confier un certain nombre de missions. Un comité d'experts suivra la mise en œuvre de ce programme.

Y. G.

Giordanella J.-P. Ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport sur le thème du sommeil : rapport à Monsieur Xavier Bertrand. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 274 p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/giordanella_sommeil/rapport.pdf

« Madame B, 41 ans, insomniaque

Dans le rapport Giordanella, auquel ils ont contribué en rédigeant le chapitre « Travail et sommeil », les médecins spécialistes du sommeil Damien Léger et Élisabeth Prévot[1] présentent l'histoire clinique exemplaire d'une patiente dont les troubles du sommeil s'apparentent à un syndrome assez répandu. Voici ce cas retranscrit ici en intégralité, y compris avec la prise en charge qui a été mise en œuvre.

« Madame B, 41 ans, travaille depuis six ans comme secrétaire dans une entreprise de chauffage urbain. Ses horaires sont 7 h-16 h avec une pause d'une heure pour déjeuner. Elle se plaint de troubles du sommeil depuis qu'elle travaille dans cette entreprise, mais ces troubles se sont aggravés récemment. Elle ne parvient plus à s'endormir, malgré un traitement hypnotique pris régulièrement et quotidiennement depuis trois ans.
Selon elle, son insomnie est attribuable au travail. La nuit, elle repasse sans cesse dans sa tête "le film de la journée", et elle finit par s'endormir vers 2 ou 3 h, angoissée de devoir se lever à 5 h 30 pour prendre le train.
Le matin, elle est dans "le brouillard". Ses insomnies commencent à avoir des conséquences graves sur son travail. Elle est sans cesse épuisée et irritable. Cela provoque une relation conflictuelle avec son patron, qui ne comprend pas qu'elle soit toujours fatiguée et qu'elle fasse des erreurs d'attention.

Diagnostic : Madame B est « du soir »

Il s'agit donc d'une insomnie d'endormissement isolée. Madame B ne semble pas se plaindre d'autres troubles du sommeil. Son réveil est cependant difficile et l'insomnie a des répercussions dans la journée. Il s'agit donc bien d'une insomnie selon les critères de la classification DSM. Les deux causes les plus probables à évoquer devant l'insomnie de Madame B sont : une insomnie anxieuse liée au contexte professionnel et une insomnie liée au décalage de l'horloge biologique.
La remise d'un agenda de sommeil a permis de faire le point, il montre bien un gros décalage entre les horaires de la semaine et les horaires du week-end chez Madame B. Pendant la semaine, elle se couche vers 22 h et se lève à 5 h 30. Le week-end, elle ne se couche pas avant 1 h du matin et se lève vers 11 h. Madame B a donc une tendance à être "du soir". Cette tendance est contrariée par ses horaires professionnels. L'irrégularité des horaires entre semaine et week-end perturbe l'horloge biologique, qui ne parvient pas à provoquer l'endormissement à une heure plus précoce. Le dimanche soir est le pire car le décalage est le plus fort et le dernier épisode de sommeil est très récent (lever vers 11h/midi).

Prise en charge

Une plus grande régularité dans ses horaires a été conseillée à Madame B. On lui a aussi suggéré en été : d'éviter l'exposition solaire le soir, les bains chauds et l'exercice physique et de les préférer le matin. Un contact a été pris à sa demande avec son chef de service. Un aménagement horaire a été trouvé, son chef de service préférant nettement des horaires plus tardifs : 9 h-18 h. L'évolution a été bénéfique. »

1. Centre du sommeil et de la vigilance et consultation de pathologie professionnelle, Hôtel-Dieu AP-HP, Paris-5.

Plan sommeil : informer la population, mobiliser les professionnels de santé

Présenté par le ministre de la Santé Xavier Bertrand, le 29 janvier 2007, le Programme d'actions sur le sommeil souligne que celui-ci est un déterminant majeur de santé et un indicateur de la qualité de vie. Il comporte cinq axes :

1. Informer sur l'importance du sommeil et les moyens de bien dormir ; inciter à parler du sommeil, sensibiliser tout particulièrement les conducteurs, les parents et les adolescents. Entre autres, plusieurs documents et supports pédagogiques vont être soutenus par l'INPES dans ce cadre, en lien avec les associations et les professionnels. Un passeport du sommeil qui décrit l'importance et les règles du bien dormir est disponible en ligne sur le site du ministère de la Santé. Plusieurs campagnes de communication seront lancées en 2007 et 2008, dont une sur le sommeil au volant, etc. ;
2. Mobiliser les professionnels de santé et de l'éducation. Médecins et infirmières scolaires vont être sensibilisés pour porter une attention particulière au sommeil des enfants, et les enseignants sont invités à en parler. Les futurs enseignants formés dans les IUFM vont bénéficier à partir de la rentrée 2007-2008 d'une formation spécifique et d'outils pédagogiques. Les médecins généralistes vont recevoir un document d'information sur le sommeil ; les professionnels de santé en contact avec les personnes âgées seront destinataires d'un « guide de bonnes pratiques de soins ». À souligner aussi, la réhabilitation prévue de l'acoustique de cinq cents salles de repos d'écoles maternelles et de cinq cents salles dans les crèches ;
3. Mieux dépister et répondre aux besoins de prise en charge médicale : établir une cartographie de l'offre de soins ; cibler certaines pathologies, comme la narcolepsie, le syndrome obstructif d'apnée du sommeil et l'insomnie commune ;
4. Acquérir des connaissances scientifiques sur les troubles du sommeil et leurs déterminants : connaître l'hygiène du sommeil et les comportements individuels, comprendre les mécanismes et les déterminants de l'altération du sommeil, développer la recherche clinique et fondamentale ;
5. Renforcer la lutte contre le bruit pour un meilleur sommeil : sensibiliser sur les méfaits du bruit sur le sommeil et la santé, améliorer l'environnement sonore.

Par ailleurs, le ministre de la Santé souhaite lancer une expérimentation sur la sieste au travail, avec des entreprises volontaires, soulignant que certaines ont déjà mis en place une sieste de quinze minutes durant la journée de travail ; des données sérieuses sur cette pratique qui ne doit pas être taboue vont être recueillies ainsi que les résultats générés en termes de santé publique.

Un comité de suivi va être installé, il rendra des avis et formulera des propositions. Au total un budget de six millions d'euros est prévu pour ce programme.

Y. G.

« Somnifères et tranquillisants : il est temps d'en parler ! »

Les Français sont-ils insomniaques ? On pourrait le croire puisque leur consommation de psychotropes est de deux à quatre fois supérieure à celle de leurs voisins européens… Face à ce constat, l'Urcam de Franche-Comté et les caisses d'Assurance Maladie ont décidé de mener une expérience originale sur la région. Les premiers effets sont un dialogue patient-médecin et l'intention de modifier son comportement de consommateur.

Les Français figurent parmi les plus gros consommateurs de médicaments en Europe *(voir encadré)*. Depuis quelques années, l'Assurance Maladie et les professionnels de santé ont décidé de se mobiliser sur ce sujet, avec comme objectif de « dépenser mieux pour soigner mieux ». C'est dans ce cadre que la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique ! » a été lancée, en 2002. En Franche-Comté, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) et ses partenaires ont décidé de mettre en place des actions spécifiques concernant les anxiolytiques (tranquillisants) et les hypnotiques (somnifères).

Deux stratégies d'actions complémentaires

Un groupe de pilotage a été mis en place. Il comprenait, outre l'Assurance Maladie, des médecins généralistes et spécialistes exerçant en ville ou à l'hôpital, ainsi que des universitaires et des chercheurs.
En raison de la complexité du sujet, il a été décidé de développer une double démarche. L'une devait permettre de sensibiliser le grand public à cette question à travers une campagne télévisée diffusée sur France 3 Franche-Comté. L'autre visait à ouvrir le dialogue entre patient et médecin.
Le but n'était pas de « diaboliser » les somnifères et les tranquillisants ni de culpabiliser les sujets qui tirent un bénéfice de ces médicaments. L'objectif était de faire prendre conscience à la population que la prise de ces traitements n'est pas un geste banal et qu'elle est à l'origine d'effets indésirables souvent mésestimés : risque de dépendance, diminution de la vigilance, troubles de la mémoire, etc.

Une approche adaptée

Plusieurs outils éducatifs d'intervention sur l'anxiété, l'insomnie, le deuil et le chagrin ont été élaborés et mis à disposition des médecins, afin de les aider dans leur démarche thérapeutique. Ils se présentaient sous la forme d'un ordonnancier (document contenant une partie fixe destinée au médecin et cinquante feuillets détachables à remettre au patient) comprenant des outils d'aide au diagnostic (comme l'agenda du sommeil) et des propositions thérapeutiques intégrant des alternatives aux traitements pharmacologiques. La classification des principaux troubles et symptômes associés était rappelée en préambule. À l'intérieur de ce document, des fiches d'information et de conseils pour les patients pouvaient être personnalisées par le médecin. L'idée était de pouvoir réaliser « une prescription non médicamenteuse ».
Ces documents ont été présentés et proposés lors des visites que font les délégués de l'Assurance Maladie à l'ensemble des mille cent généralistes de la région. Au final, 70 % d'entre eux ont accepté au moins un de ces ordonnanciers. Par ailleurs, des soirées de formation ont été organisées par la Fédération régionale de formation médicale continue de Franche-Comté. Environ un médecin sur dix y a participé.

Des résultats encourageants

Un Franc-Comtois sur cinq a vu, lu ou entendu la campagne de communication « Somnifères et tranquillisants, il est temps d'en parler ! » diffusée en juin et septembre 2006, les femmes davantage que les hommes et les personnes âgées plus que les jeunes. Ce constat va dans le bon sens, puisque les femmes et les personnes âgées sont les plus gros consommateurs de somnifères et de tranquillisants.
Cinq mois après la fin de la première vague de spots télévisés et la diffusion des outils, il a été noté des résultats encourageants en termes de remboursement des anxiolytiques et des hypnotiques : une baisse de 8,2 % des montants remboursés entre juillet-novembre 2005 et juillet-novembre 2006.
Par ailleurs, il a été observé une baisse significative du nombre moyen de boîtes délivrées sur cinq mois pour les médecins généralistes ayant suivi une formation spécifique (par rapport à leurs confrères). Dans le même temps, la consommation d'antidépresseurs étant restée stable, il n'y a pas eu de report de prescription.

Des perspectives intéressantes

Devant ces premiers résultats positifs, les partenaires restent mobilisés et ont souhaité continuer leurs efforts afin de poursuivre la dynamique engagée. Une nouvelle vague de spots sera sur les écrans en 2007 ainsi qu'une campagne d'affichage dans les principales villes de la région.
Afin de compléter ce dispositif, au moins une formation des médecins par département sera organisée. Les pharmaciens, qui sont « en première ligne » pour donner des conseils aux patients au moment de la délivrance des médicaments, seront également associés à une démarche de formation. Un outil spécifique, adapté à la profession, pourrait être élaboré et remis aux patients ayant recours à un hypnotique, et notamment auprès des adeptes de l'automédication.
Au total, cette expérience montre qu'il est possible de communiquer auprès du grand public sur un sujet sensible, sous réserve d'accompagner les campagnes médiatiques d'actions de soutien au sein des cabinets médicaux ou des pharmacies.

Caroline Guillin
Chef de projets,
Dr François Baudier
Directeur,
Urcam de Franche-Comté,
Philippe Baillivet
Directeur, CPAM du Jura.

Les Français, grands consommateurs de psychotropes

Une étude réalisée par l'Assurance Maladie, en 2004, montre que plus de dix millions de personnes (17,4 % de la population française) ont bénéficié d'au moins une prescription d'anxiolytiques et plus de cinq millions (8,8 %) d'hypnotiques. Les consommateurs réguliers (plus de quatre remboursements dans l'année) représentent 7 % de la population française pour les anxiolytiques et 3,7 % pour les hypnotiques. Ainsi, en 2004, les Français ont acheté 51,1 millions de boîtes de somnifères et 55,6 millions de boîtes de tranquillisants (en progression depuis 2003).
Parmi les vingt-cinq médicaments les plus prescrits en France, cinq sont des psychotropes dont :
– deux hypnotiques : Stilnox® et Imovane®,
– deux anxiolytiques : Xanax® et Lexomil®,
– un antidépresseur : Prozac®.
Selon le rapport de la « Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France », notre pays consommerait en moyenne, et selon la catégorie de produits, de deux à quatre fois plus de psychotropes que n'importe quel autre pays européen.

Que pensez-vous de votre sommeil ?

Trois questions du dernier Baromètre santé 2005 de l'INPES permettent d'aborder la perception de la qualité de son sommeil par la population française : la satisfaction déclarée, les problèmes de sommeil rencontrés au cours des huit derniers jours et la consommation d'hypnotiques (ou somnifères) au cours des douze derniers mois. Ces données, croisées avec des variables sociodémographiques et une analyse régionale, permettent de donner un aperçu des difficultés rencontrées par les Français pour dormir.

Les troubles du sommeil concernent une proportion importante de la population. Ils affectent de nombreux aspects de la vie sociale et professionnelle, que ce soit en rapport avec des troubles pathologiques ou encore sociaux. Selon l'enquête Baromètre santé menée par l'INPES en 2005[1], 18 % des Français se déclarent insatisfaits de la qualité de leur sommeil et près de la moitié des personnes interrogées ont eu des problèmes de sommeil au cours des huit jours qui précèdent l'interview, dont 12 % déclarent en avoir eu *« beaucoup »*. Environ 7 % des personnes interrogées déclarent avoir eu recours à des somnifères ou à des hypnotiques au cours des douze derniers mois pour faciliter leur sommeil. Les individus ne sont pas égaux face au sommeil et certains critères sociodémographiques apparaissent discriminants.

Satisfaction de la qualité du sommeil

À la question : *« Êtes-vous satisfait de votre sommeil ? »*, 18 % des Français ont répondu par la négative, 69 % en sont satisfaits et 13 % sont ni satisfaits ni insatisfaits. Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à le déclarer (20 % contre 16 %).

C'est parmi la population des plus de 45 ans que l'insatisfaction est la plus importante (environ 20 %). En comparaison, seulement 11 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans déclarent être insatisfaits. L'analyse de la catégorie socioprofessionnelle et du secteur d'activité de l'interviewé indique que 21 % des employés et 21 % des personnes travaillant dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration en ont une opinion défavorable. Enfin, 21 % des personnes au chômage ne sont pas satisfaites de leur sommeil contre 17 % des actifs occupés.

Le statut matrimonial semble également jouer un rôle important. Si 70 % des personnes mariées se déclarent satisfaites de la qualité de leur sommeil, elles ne sont plus que 62 % parmi les personnes veuves et celles divorcées.

Problèmes du sommeil au cours des huit derniers jours

Au cours des huit jours précédant l'interview, presque la moitié des personnes interrogées (46 %) déclare avoir eu des problèmes de sommeil (*« un peu »* ou *« beaucoup »*) dont 12 % *« beaucoup »*[2]. C'est parmi la population féminine que les difficultés sont les plus répandues (51 % des femmes déclarent avoir eu des problèmes de sommeil contre 40 % des hommes). L'âge de la personne est également un facteur discriminant. En effet, plus l'individu est âgé, plus il déclare avoir eu des difficultés au cours des huit derniers jours : de 32 % pour les plus jeunes de 12 à 14 ans à 50 % pour ceux âgés de 65 à 75 ans.

La catégorie socioprofessionnelle des individus ayant répondu à l'enquête indique que les agriculteurs et les ouvriers sont ceux qui déclarent avoir eu le moins de difficulté au cours des huit derniers jours (soit respectivement 39 % et 40 %). Les secteurs d'activité des services domestiques et de l'éducation sont les principaux secteurs où les problèmes de sommeil se font le plus ressentir (51 %). De plus, les chômeurs sont en proportion plus nombreux que les actifs occupés à avoir ressenti des problèmes de sommeil (49 % contre 45 % chez ceux qui déclarent avoir un emploi).

Enfin, le statut matrimonial nous informe que les personnes ayant perdu leur conjoint et celles qui sont divorcées déclarent avoir éprouvé plus de difficultés au cours des huit jours précédant l'interview (soit respectivement 59 % et 55 %). En comparaison, 46 % des personnes mariées et 45 % des célibataires déclarent avoir eu ces mêmes difficultés.

Consommation de somnifères au cours des douze derniers mois

Selon cette même enquête, 7 % des individus déclarent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois. Soit près de 9 % des femmes et 5 % des hommes. Comme précédemment, c'est parmi les plus âgés que l'on retrouve la prévalence la plus importante : 10 % des individus âgés de 55 à 64 ans et 11 % de ceux de 65 à 75 ans déclarent en avoir consommé. Cependant, parmi les adolescents âgés de 15 à 19 ans, la consommation de somnifères n'est pas nulle et concerne 3 % d'entre eux.

Les employés et les cadres sont, en proportion, les plus importants consommateurs de somnifères et d'hypnotiques (soit environ 8 % d'entre eux). On retrouve un pourcentage important parmi les secteurs d'activité de la production et distribution d'électricité, de l'immobilier, de l'éducation et des ménages (soit une prévalence d'environ 9 %). La prévalence parmi les chômeurs est de 8 % ; elle est de 6 % parmi les actifs occupés.

Le statut matrimonial indique que les personnes ayant perdu leur conjoint (16 %) et celles qui sont divorcées (14 %) déclarent plus que les autres avoir consommé des somnifères au

cours des douze derniers mois. En revanche, seulement 4 % des célibataires le déclarent.

Enfin, 20,9 % des personnes se déclarant insatisfaites de la qualité de leur sommeil déclarent avoir consommé des hypnotiques au cours des douze derniers mois, tandis que c'est le cas de 22,7 % de ceux qui disent avoir eu *« beaucoup »* de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours et 8,9 % pour ceux qui en ont eu *« un peu »*. En regard, 3,3 % des personnes qui se disent satisfaites de leur sommeil déclarent toutefois avoir pris des somnifères au cours de l'année, cette satisfaction déclarée ayant eu d'une manière ou d'une autre à souffrir de quelques exceptions.

Comparaison régionale sur le sommeil

Si l'on effectue une analyse régionale des difficultés rencontrées par les Français au sujet de leur sommeil et de leur consommation de somnifères ou d'hypnotiques, on constate peu d'écarts importants. C'est dans les régions Champagne-Ardenne, Nord–Pas-de-Calais et Basse-Normandie que le pourcentage de gens se déclarant insatisfaits de la qualité de leur sommeil est le plus important (soit environ 20 % d'insatisfaits). En revanche, les régions Bourgogne, Franche-Comté et Limousin ont une proportion d'environ 14 % d'insatisfaction, ce qui les place dans les premières régions de France concernant la satisfaction du sommeil. C'est en région Picardie et Haute-Normandie que les individus interrogés ont déclaré le plus avoir rencontré des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (plus de 50 % d'entre eux). En comparaison, c'est en Alsace que ce pourcentage est le plus faible (38,7 %).

Le pourcentage d'individus déclarant avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois est le plus important dans les régions Basse-Normandie (9,7 %) et Poitou-Charentes (9,5 %). Elle est moindre dans les régions : Champagne-Ardenne (2,1 %), Bourgogne (5,3 %) et Alsace (4,7 %). L'Ile-de-France se situe au-dessus de la moyenne constatée en France, avec une proportion de 8,2 %.

Christophe Léon
Statisticien, chargé d'études,
direction des affaires scientifiques, INPES.

Un Français sur quatre dort six heures ou moins

Les Français dorment de moins en moins, indique une enquête TNS Healthcare/Institut national du sommeil et de la vigilance (1) , réalisée en février 2006, citée par le ministère de la Santé lors de la présentation, en janvier 2007, du Plan sommeil. Les Français dorment en moyenne quotidiennement entre sept heures trente et huit heures, et 25 % d'entre eux dorment six heures ou moins. Les Français estiment davantage manquer de sommeil qu'en 2004 (date de l'enquête antérieure) : ils sont 45 % en 2006 contre 38 % en 2004. Un Français sur trois – soit près de 20 millions de personnes – déclare souffrir d'un trouble du sommeil mais seuls 23 % d'entre eux sont pris en charge.

(1) Enquête sur « le sommeil et la vie active », menée auprès de 1 004 personnes âgées de 15 ans et plus, représentatives de la population française.

1. *Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.).* Baromètre santé 2005, premiers résultats. *Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 176 p.*
2. *Ont répondu à la question :* « Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours vous avez eu des problèmes de sommeil ? »

Travailleurs postés : déficit de sommeil = danger !

Ouvriers et techniciens de l'industrie et des services, chauffeurs, personnels de santé postés ou de garde ont un cycle veille/sommeil bouleversé qui accroît les risques d'accidents de la route et dans l'exercice de leur métier. Plusieurs études ont ainsi établi un lien entre déficit de sommeil et erreurs médicales. Revue de la littérature et quelques conseils pour les travailleurs postés, donnés par des professionnels.

La tendance – croissante et récente – des pays industrialisés à fonctionner vers une société du « 24h/24h » génère une pression socioprofessionnelle sur l'individu. La régularité du rythme veille/sommeil étant la première victime de ce changement d'organisation sociétale, la prise de conscience des pouvoirs publics des effets de cette adaptation sur l'individu et son environnement a commencé à émerger depuis une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons. La première conséquence de la modification du rythme veille/sommeil visible sur l'individu est l'apparition de la somnolence alors que l'on est éveillé. Il convient alors de distinguer deux concepts différents : fatigue et somnolence, confondus dans le passé dans de nombreuses études.

La fatigue est la conséquence d'une longue période ininterrompue d'activité alors que la somnolence est la conséquence :
– d'un temps de sommeil restreint ;
– d'un temps d'éveil prolongé ;
– d'un éveil durant le creux circadien (deux processus sous-tendent la régulation du rythme veille/sommeil, le processus circadien et le processus homéostasique, le premier est séquencé par l'horloge biologique, qui génère un cycle de vingt-quatre heures, il existe deux creux circadiens où la vigilance diminue : 3 h-5 h et 13 h-15 h, tandis que le processus homéostasique est lié à la durée de l'éveil) ;
– de la prise de substances psychoactives ;
– ou/et d'une maladie du sommeil.

Les conséquences de la somnolence en termes de risque d'augmentation des accidents de la route ont été clairement identifiées dans le transport professionnel aux États-Unis (1) mais la description précise de ce risque n'a pas été faite pour les travailleurs postés car les statistiques sur les accidents de la route concernent l'ensemble de la population et non uniquement les travailleurs postés, qui présentent un « surrisque » probable.

Une mauvaise hygiène du sommeil comme une durée de sommeil restreinte et un temps d'éveil (plage pendant laquelle on reste éveillé) prolongé peuvent entraîner un risque accru d'accidents chez les conducteurs. En 1995, une étude commandée par le *National Transportation Safety Board* (NTSB) aux États-Unis sur les accidents mortels chez les conducteurs professionnels de poids lourds (1) a indiqué que la durée

moyenne de sommeil était inférieure à six heures dans les vingt-quatre heures avant l'accident. J. Connor *et al.* (2) ont montré que dormir moins de cinq heures dans les vingt-quatre heures avant l'accident et conduire entre 2 h et 5 h du matin étaient des facteurs de risque significatifs d'accident (risques deux et cinq fois plus élevés respectivement).

Déficit de sommeil et erreurs médicales

De nombreuses études dans le secteur de la santé ont tenté de déterminer les liens entre la pratique de la médecine de garde et le risque d'erreurs. Les résultats ont mis en évidence une augmentation linéaire entre les erreurs médicales rapportées par les praticiens et les exigences du travail de garde (3). De même, J. Dorrian *et al.* (4) ont démontré qu'il existait une relation entre la durée de sommeil et l'apparition d'erreurs chez le personnel infirmier. Il est important de souligner que l'ensemble des études s'est davantage concentré sur la sécurité des patients que sur celle des employés. À l'inverse, d'autres études se sont penchées sur l'effet potentiel de l'amélioration de l'organisation du temps de travail sur la sécurité du patient. C.P. Landrigan *et al.* ont établi qu'une réduction du temps total de travail de quatre-vingt à soixante heures par semaine, croisée avec une durée maximale de la période de travail de seize heures (au lieu de vingt-quatre ou trente-six heures), réduisait par deux le nombre d'erreurs sérieuses chez les internes de garde (5). Non seulement la somnolence était diminuée mais le nombre d'erreurs attentionnelles et le nombre de microsommeils indiqués par l'électroencéphalogramme, étaient également réduits durant le travail de nuit (6). Il a été conclu que les facteurs cumulés, le sommeil et la réduction du temps de travail étaient à l'origine de ces effets.

À noter que la majorité des recherches françaises et anglo-saxonnes sont plutôt orientées sur les conséquences négatives du travail posté. Toutefois, une étude américaine n'ayant *a priori* pas d'équivalent en Europe (7) démontre qu'un réentraînement partiel ou complet du rythme circadien (lumière très claire durant le travail de nuit, port de lunettes de soleil durant la journée, une période fixe de sommeil dans un endroit sombre, en plus de la prise de mélatonine) des travailleurs de nuit améliore leurs performances cognitives ainsi que leur vigilance et leur état d'âme. Il reste beaucoup à faire en matière de recherche.

Travailleurs postés, risques accrus

Les conséquences des restrictions du sommeil apparaissent aussi durant la période de conduite après le travail de nuit. L. K. Barger *et al.* (8) ont mené une étude prospective dans laquelle 2 737 internes de médecine ont fourni des informations sur leurs heures de travail et sur l'historique de leurs accidents de la circulation. Les auteurs ont conclu que le travail posté prolongé pose de sérieux problèmes de sécurité pour les internes en médecine.

Des observations complémentaires d'augmentation d'accidents ont été aussi rapportées dans d'autres secteurs lors du trajet retour d'un travail de nuit (9). Le niveau croissant de somnolence lors du retour au domicile après le travail de nuit a également été étudié physiologiquement sur simulateur (10). Il en ressort que le niveau de somnolence et le risque de sortie de route augmentent après le travail de nuit.

Une meilleure hygiène de sommeil, éviter la conduite de nuit et le départ très tôt le matin sont d'évidentes mesures de prévention des accidents causés par l'irrégularité du rythme veille/sommeil. Introduire des siestes réduit le risque d'accident (11). Le café semble aussi être une contre-mesure efficace à la somnolence (11). Il existe des variabilités individuelles importantes à la réponse au café et à la prise de sommeil. Il est donc nécessaire que les travailleurs s'autotestent avant d'appliquer ces contre-mesures. La somnolence reste à identifier comme une cause d'accident du travail. Les études devraient se focaliser, d'une part, sur la mesure de la somnolence chez les travailleurs en horaire posté et, d'autre part, sur les différences interindividuelles des travailleurs face aux contre-mesures existantes. Ces actions permettraient une meilleure efficacité du travailleur et surtout une amélioration de sa sécurité.

Guillaume Chaumet
Allocataire de recherche,
Pierre Philip
Professeur des universités,
praticien hospitalier, clinique du sommeil,
UMR 5227, université Bordeaux-2
« Victor-Segalen », Bordeaux.

Références bibliographiques

(1) NTSB. *Factors that affect fatigue in heavy truck accidents.* National Transportation Safety Board. Safety Study, 1995.
(2) Connor J., Norton R., Ameratunga S., *et al. Driver sleepiness and risk of serious injury to car occupants: population based case control study.* BMJ 2002; 324(7346): 1125.
(3) Suzuki K., Ohida T., Kaneita Y., *et al. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses.* J. Adv. Nurs. 2005; 52(4): 445-53.
(4) Dorrian J., Lamond N., Van Den Heuvel C., Pincombe J., Rogers A.E., Dawson D. *A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours.* Chronobiol. Int. 2006; 23(6): 1149-63.
(5) Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W., *et al. Effect of reducing interns'work hours on serious medical errors in intensive care units.* N. Engl. J. Med. 2004; 351(18): 1838-48.
(6) Lockley S. W., Cronin J.W., Evans E. E., *et al. Effect of reducing interns'weekly work hours on sleep and attentional failures.* N. Engl. J. Med. 2004; 351(18): 1829-37.
(7) Crowley S. J., Lee C., Tseng C. Y., Fogg L. F., Eastman C. I.. *Complete or partial circadian re-entrainment improves performance, alertness, and mood during night-shift work.* Sleep 2004; 27(6): 1077-87.
(8) Barger L.K.. Cade B.E., Ayas N.T., *et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns.* N. Engl. J. Med. 2005; 352: 125-34.
(9) Gold D.R., Rogacz S., Bock N., *et al. Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses.* Am. J. Public Health 1992; 82(7): 1011-4.
(10) Åkerstedt T., Peters T., et al. *Impaired alertness and performance wile driving home from the night shift - a driving simulator study.* Journal of Sleep Research 2005; 14: 17-20.
(11) Philip P., Taillard J., Moore N., *et al. The effects of coffee and napping on nighttime highway driving: a randomized trial.* Ann. Intern. Med. 2006; 144(11): 785-91.

Éducation pour la santé et sommeil, **mode d'emploi**

Créée depuis plus de vingt ans, Prosom (association nationale de PROmotion des connaissances sur le SOMmeil) a pour objectif d'aider la population à mieux gérer son sommeil et ses rythmes de vie. Pour cela, elle propose des supports et une aide logistique pour toute personne ou organisme souhaitant mettre en place des actions d'information et d'éducation sur ce thème. Prosom assure production et diffusion de supports éducatifs, organisation d'exposés, débats, expertise, et formation des relais médico-sociaux et éducatifs auprès de publics divers.

Dans le programme des stages, Prosom figure, outre une actualisation des connaissances scientifiques sur le sommeil et les rythmes biologiques aux différents âges, la présentation d'une méthodologie de l'action éducative, qui apparaît comme un facteur très important d'efficacité.

Les étapes de la démarche éducative

Il s'agit bien d'une démarche, et non d'actions ponctuelles, isolées et unilatérales. Les actions, encore plus pour ce thème que pour d'autres, doivent être coordonnées, adaptées, résultat de concertations et basées sur la participation active du public auquel elles s'adressent. La diversité des approches, le poids des pratiques et des conditions de vie nécessitent un travail d'équipe où chacun joue le rôle correspondant à ses compétences et ses motivations... en étant conscient de ses limites.

Un premier temps, indispensable, consiste à faire un « état des lieux », de recueillir par enquêtes et témoignages des différents partenaires socio-éducatifs, les problèmes prioritaires en termes de quantité et de gravité. Le choix du thème se fera aussi en fonction d'autres critères : demande de la part de l'organisme de tutelle de traiter un sujet dont l'importance est reconnue par les instances gouvernementales, ou bien demande directe d'un public concerné par un « problème » pour lequel il souhaiterait être éclairé. Ce dernier cas est bien sûr le plus favorable pour la mise en place d'une action éducative. Un exemple fréquemment rencontré est celui des enquêtes sur la semaine de quatre jours où de nombreux groupes de parents sont demandeurs d'informations sur les rythmes biologiques. Il leur est évidemment proposé par les intervenants de parler du sommeil et de son importance...

L'état des lieux concerne aussi la connaissance approfondie du public de l'action : ses caractéristiques socio-économiques, culturelles, son niveau d'enseignement, sa langue et son langage, ses traditions et ses pratiques, ses représentations de la santé, ses goûts et rejets éventuels, et si possible son vécu du sommeil et la façon dont il l'exprime. Pour cela, il est nécessaire d'établir une étroite collaboration avec des représentants de ce public, qui jouent le rôle d'interprètes dans les deux sens.

Cet état des lieux permettra à l'équipe d'éducation pour la santé (enrichie des partenaires intéressés et intéressants pour le projet) de définir ses objectifs – objectif général, en termes de résultats à atteindre : en l'occurrence, amélioration de la gestion du sommeil et des rythmes de vie, pour améliorer le bien-être et les performances, et pour éviter, éventuellement dépister, les troubles et pathologies du sommeil, dont les conséquences peuvent être graves et parfois dramatiques.

Objectifs intermédiaires : quelles actions mettre en place, et avec quels objectifs quantifiables ? Quel objectif mesurable permettra d'évaluer l'efficacité de l'action éducative ? Cela peut être la réorganisation de locaux pour permettre une pause en début d'après-midi, la diminution de la demande et de la prescription d'hypnotiques, la disparition des plaintes concernant la sieste proposée à tous les enfants de maternelle..., de nombreux autres marqueurs sont identifiables.

Objectifs opérationnels : dans chacune des actions décidées, qui fera quoi, quand, comment, avec quels moyens humains et financiers – quelle logistique adopter ?

S'informer, se former...

Avant de commencer une démarche éducative, il est nécessaire que tous les acteurs actualisent leurs connaissances sur le sommeil pour être au fait des données scientifiques récentes. De nombreux ouvrages et publications permettent de se documenter, ainsi que des formations spécifiques. Il est bon de se préoccuper également de ce que lit, voit et entend le public, surinformé par les différents médias sur tous les sujets de santé, y compris le sommeil et les rythmes biologiques. Cette surinformation nécessite qu'un travail de sélection soit fait, pour mettre en évidence les messages les plus utiles, et supprimer éventuellement les erreurs ou mauvaises interprétations. Il est également intéressant d'analyser le travail des journalistes, attentifs à adapter leurs articles à leur lectorat habituel, ce qui est aussi une partie du travail des éducateurs pour la santé quand ils ont un public homogène : de travailler selon les cas

plutôt sur le registre de la logique, ou de l'imagination, ou de l'affectivité, ou de l'humour.

Précieux « agendas du sommeil »

Pour être efficace, l'information proprement dite, structurée et pédagogique, devra être précédée d'actions de sensibilisation, qui incitent enfants ou adultes à se poser des questions sur leur sommeil, les causes des difficultés et des troubles, qui visent à exciter leur curiosité et leur imagination, et à les rendre demandeurs de plus d'informations. Des activités très variées sont proposées, en fonction de l'âge, des motivations et des disponibilités du public et des acteurs de terrain.

La tenue d'agendas du sommeil, de grilles d'observation des rythmes de jour et de nuit – remplies par les parents et le personnel des structures d'accueil pour les plus jeunes, par les enfants eux-mêmes à partir de l'école primaire, et par les adultes de tous âges – aide à mieux connaître les caractéristiques et les besoins de chacun, et permet de mieux agencer la journée et la nuit.

Les enquêtes dites « de sensibilisation » (n'ayant pas pour mission de recueillir des données épidémiologiques) permettent de se poser des questions auxquelles on n'avait pas encore pensé. Très utilisés aussi, les questionnaires « d'accord/pas d'accord », qui permettent de balayer le domaine des préjugés, des croyances et des idées fausses sous forme de débats interactifs, supports d'une grande simplicité d'utilisation dans des groupes petits ou moyens (ne dépassant pas vingt personnes) et très efficaces s'ils sont utilisés par des personnes compétentes sur le thème et rompues aux méthodes d'animation. Des questionnaires de base ont été élaborés par Prosom, correspondant aux différents publics (ils peuvent être fournis sur demande), mais il est recommandé de les enrichir par des problématiques locales, spécifiques.

Pour les enfants de tous les âges, de nombreuses activités ludiques sont proposées : dessins des rêves, de la chambre à coucher, poèmes, comptines, pièces de théâtre, sketches, bandes dessinées, document vidéo sur le sommeil des animaux, enquêtes auprès de travailleurs postés, préparation d'une exposition pour laquelle chaque classe se charge d'un aspect différent, éventuellement pour participer à un forum des jeunes, recherche de musiques qui apaisent et de musiques qui dynamisent le sommeil à travers les différentes cultures, la littérature, la poésie, les arts plastiques, etc.

Une sélection des messages de base s'impose, car à vouloir trop dire on

risque que l'essentiel ne soit pas retenu. Cette sélection se fera en équipe, en fonction :
– des connaissances, nouvelles et scientifiquement confirmées, ou peu connues ;
– de la capacité de mémorisation et du niveau de scolarité du public ;
– des constats, lors de l'état des lieux, de comportements apparemment inadaptés et de leurs conséquences prévisibles pour la qualité du sommeil et pour la santé ;
– des questions que se posent les personnes présentes.

Les informations sont individuelles et/ou collectives, le plus souvent les deux formes s'associent dans le temps et présentent des avantages spécifiques. Pour le thème sommeil, il semble que la formule la plus efficace pour susciter des changements de comportements soit l'animation-expertise, pour un groupe de dix à vingt personnes, ce qui permet une interactivité riche en constats et propositions.

Les supports éducatifs illustrés sont une bonne aide à la mémorisation. Les montages de diapositives classiques ont laissé la place à Powerpoint, et le fil conducteur constitué par un scénario ou des images facilement personnalisables est précieux, à la fois pour le public et l'intervenant. Les principes d'utilisation restent les mêmes : savoir s'arrêter sur ce qui demande le plus d'explications, susciter les questions avant la fin du montage, avoir un temps de discussion suffisant avant et après la projection. Le film paraît moins approprié, sauf si des séquences permettent une pédagogie adaptée au public, à ses capacités de réception et de mémorisation. On notera cependant que les supports ne sont que des supports, et que la qualité de la démarche collective et son efficacité dépendent surtout de ses acteurs et de leur capacité à toujours privilégier les échanges et la communication avec le public.

À la suite des informations, plus ou moins longtemps après, peut se manifester chez certains le désir d'un complément de connaissances sur le sujet, après réflexion et essai de changement de comportement. Un suivi paraît nécessaire, assuré par un membre de l'équipe de terrain, compétent, motivé, disponible. Celui-ci pourra ajouter des informations complémentaires, soutenir le demandeur dans sa détermination, lui procurer des références bibliographiques et parfois l'orienter vers une consultation spécialisée.

Dans les milieux scolaires, il est recommandé de prévoir des actions trois années de suite avec les mêmes enfants et avec des approches différentes.

Nécessité d'une évaluation

Une démarche éducative devra pour être complète se terminer par des évaluations, pour ce thème comme pour les autres thèmes de santé, et les processus d'évaluation sont sensiblement les mêmes. Il en est cependant de plus spécifiques. Pour être sûr d'avoir été bien compris, une évaluation immédiate peut être faite en utilisant l'autoquestionnaire remis en début de séance : les réactions du groupe à ce questionnaire utilisé collectivement sont à prendre en compte, car cela permet de revenir sur des points insuffisamment expliqués, ou mal interprétés par certains.

Quelques exemples, parmi d'autres, de changements de comportements décrits fréquemment par les parents après des actions éducatives : plus grande facilité à accepter le coucher par les jeunes enfants, surtout quand la maîtresse l'a dit, le réveil en douceur par des bruits ambiants non agressifs, garant de bonne humeur chez tous, le calme familial après le repas du soir, la suppression de boissons excitantes l'après-midi, etc.

Chez les parents d'adolescents : plus de compréhension de leurs attitudes (sachant que le coucher tardif est en partie lié à un « retard de phase », paramètre biologique), meilleure acceptation des grasses matinées du week-end, qui sont dans l'état actuel des choses la seule façon de récupérer leur dette de sommeil – pis-aller non satisfaisant d'un point de vue chronobiologique mais acceptable en attendant les réformes d'horaires qui permettraient un début de cours plus tard le matin –, compréhension de la nécessité de la sieste chez de nombreux ados, caractère biologique et non pas signe de paresse ou de maladie…

Pour les parents de nouveau-nés, des séances d'information à la maternité sur les caractéristiques du sommeil du tout-petit et la façon de le respecter sont organisées par des sages-femmes, autour de supports éducatifs adaptés. Dans la maternité de l'hôpital de Montmorency, une consultation régulière par une éducatrice spécialisée en éducation sommeil, membre de Prosom, est accueillie avec une grande satisfaction par les mères et par le personnel, bénéficiant ainsi d'une formation permanente… L'évaluation de cette pratique est très positive.

Chez les personnes âgées, les effets des informations sont avant tout dédramatisantes. Réaliser que des modifications sont liées à l'âge et non à des pathologies, et que c'est le lot de la plupart de leurs pairs, les aide à mieux supporter ce qu'ils nommaient des troubles… *(lire l'article d'Alain Nicolas pages 38 à 40).*

On accordera une très grande importance à un critère particulièrement présent au cours des actions éducatives sur le sommeil et les rythmes : l'émergence de relations plus ouvertes et plus confiantes entre les personnels de terrain et les différents publics et entre les partenaires de l'action eux-mêmes. La mise en œuvre de cette synergie est massivement positive, la création de dynamiques locales s'ajoutant à ce constat.

Voici qui confirme l'opportunité du choix de ce thème, propre à motiver pour de nombreuses actions des professionnels de la santé et de l'éducation, Ceux-ci, souvent, le choisissent après leurs premières expériences comme thème porteur prioritaire. Forte de nombreux témoignages, l'équipe de Prosom est très confiante dans le développement et l'efficacité de l'éducation pour la santé en matière de sommeil.

Dr Françoise Delormas
Directrice de Prosom, Lyon.

Contact :
Prosom – CNE/Rhône – Hôpital de l'Hôtel-Dieu – Porte 1, 1 place de l'Hôpital – 69002 Lyon.
Tél./fax : 04 78 42 10 77
Email : prosom@wanadoo.fr
Site Internet : http://www.prosom.org

Entretien avec Christophe Baratault, responsable du foyer d'accueil Emmaüs Louvel[1] à Paris

« Les fantômes ont le sommeil fragile »

Comment les structures d'accueil des sans-domicile fixe prennent-elles en compte la question du sommeil ? Un responsable de foyer d'accueil Emmaüs, à Paris, souligne que la qualité de l'hébergement est déterminante. Les foyers-dortoirs, leur promiscuité, l'insécurité ressentie par les SDF, qui dorment d'un œil pour veiller à leurs effets personnels, sont la réalité quotidienne. Les moyens manquent pour améliorer les conditions d'hébergement. Mais l'équipe d'accueil y croit ; elle aimerait bien disposer d'un accompagnement pour mieux répondre aux sollicitations des SDF, faire sauter la cloison étanche entre le médical et le social.

La Santé de l'homme : ***Le foyer Louvel d'hébergement d'urgence géré par Emmaüs est-il adapté aux besoins de repos des sans-domicile fixe qui le fréquentent ?***

Christophe Baratault : Ce lieu est une ancienne sous-station EDF construite en 1908. Il a donc une vocation industrielle et n'a pas été pensé pour accueillir des personnes car, à la base, ce n'est évidemment pas un lieu d'hébergement. Nous l'occupons depuis 1999, date d'une convention signée pour six mois, puis reconduite tacitement. Nous avons effectué un certain nombre de travaux d'aménagement mais nous restons tout de même dans un bâtiment particulier avec certaines limites. Vous parlez des besoins de repos des SDF. Nous leur offrons un foyer d'hébergement de nuit ouvert toute l'année, tous les jours.

S. H. : ***Qui accueillez-vous ?***

On accueille ici cinquante personnes, uniquement des hommes, en soirée et en nuit à partir de 18 h 30. Ils nous quittent à 8 h le matin, 9 h le dimanche car ils ont droit à une heure supplémentaire. Les prestations de base sont un repas le soir, vers 19 h, et un petit déjeuner le matin. La durée des séjours varie car il y a différents accès à l'hébergement et deux durées de séjour (une ou deux semaines).

Ce lieu est ouvert au Samu social de Paris, qui oriente vers nous trente personnes qui lui ont été signalées par les services sociaux. Ces SDF sont hébergés pour une durée d'une semaine. On ajoutera une seconde semaine si tout s'est bien passé. La durée moyenne pour ces trente personnes est de quatorze nuits.

Je gère directement dix places en fonction des disponibilités. Ce sont souvent les usagers eux-mêmes qui m'appellent. Là aussi, la durée oscille d'une semaine à quatorze jours.

Sur les dix places restantes, cinq sont réservées à la veille sociale, qui est un système d'urgence pour une nuit, et les cinq dernières à l'accueil de nuit pour des gens qui sont suivis ou amenés par des « maraudeurs », c'est-à-dire les travailleurs sociaux en tournée nocturne.

S.H. : ***C'est un centre organisé pour la nuit. Que constatez-vous concernant le sommeil des SDF ?***

D'abord, poser la question du sommeil des SDF est en soi intéressant. Car le sommeil est une porte, une entrée, c'est l'environnement… Le sommeil se prépare la journée, se vit le jour, et nous rencontrons ce que l'on connaît des difficultés des personnes à la rue. Le sommeil est également une chose que l'on partage. Chacun d'entre nous a plus ou moins bon sommeil, plus ou moins des problèmes de sommeil. Le sommeil reflète l'histoire de chacun. Donc, dire ou laisser entendre qu'il existe un sommeil des SDF n'est pas possible. On ne peut caractériser le sommeil du SDF. C'est très individuel, et c'est un domaine qui est abordé avec beaucoup de pudeur.

S. H. : ***Le fait que ce bâtiment n'ait pas été conçu à l'origine pour l'hébergement a-t-il des conséquences sur la qualité de l'accueil ?***

Oui, c'est incontestable. Ici, on accueille les gens en dortoir. Le mouvement des Don Quichotte du canal Saint-Martin dit qu'il ne faut plus accueillir des gens en dortoir du fait de la promiscuité. Ils ont raison. Parlons du ronflement, par exemple. Voilà un élément qui est terrible et pour lequel on ne peut rien faire. J'ai ici des bouchons. Je peux en distribuer. Mais, pour notre SDF, c'est trop difficile. Il refuse car la promiscuité entraîne aussi un sentiment d'insécurité. Comment peut-il s'endormir sereinement dans cette réalité ? La personne arrive avec ses affaires. Elle va mettre son oreiller, elle va prendre son argent qu'elle va garder tout près d'elle… C'est une vraie difficulté. En même temps, il y a des personnes qui souhaitent être entourées et qui ne se sentiront pas bien dans une chambre individuelle…

S. H. : ***La promiscuité est donc la première cause de perturbations ?***

Il y en a d'autres, bien sûr. Le public que l'on reçoit est évidemment en souffrance. Ce qui ne veut pas dire qu'il est,

pour autant, malade. Ils sont en souffrance psychologique et certains ont des pathologies. On accueille des gens que l'on ne connaît pas bien, dont on ignore l'histoire personnelle. Ils arrivent pour un court séjour. Leurs problèmes de santé, leurs problèmes psychologiques liés à l'échec, à des traumatismes ne peuvent être pris en compte dans le moment et une durée de présence au centre. Évidemment, tout cela joue sur le sommeil. Il y a une belle phrase qui dit : *« Les fantômes ont le sommeil fragile. »* Cela veut dire que la nuit, tout vit, tout se réveille.

S. H. : *Les SDF que vous côtoyez parlent-ils de leur sommeil ?*

Certaines personnes en parlent, d'autres restent enfermées. Là encore, il n'y a pas une règle commune. Quelqu'un qui se lève le matin, se prépare avant de partir au travail, peut échanger sur la façon dont il a dormi. Ici, les gens ne nous racontent pas forcément leur nuit. Quand on arrive là, on essaye de dormir sur une literie qui n'est pas adaptée. C'est une literie de récupération. Certains nous parlent de ça. On a aussi de gros dormeurs, des gens qui arrivent à couper. Mais nous accueillons aussi des insomniaques, des gens qui prennent des médicaments. C'est fou comme l'automédication est présente chez les exclus ! Et ils n'en parlent pas.

S. H. : *En matière de prévention et d'accompagnement, avez-vous une action particulière ?*

Je crois qu'il faut le dire : il n'y a rien. Ou alors, nous balbutions. À Emmaüs, on essaye de développer le sens de la rencontre. La rencontre commence par la poignée de main, par la qualité de l'accueil, l'écoute, avec toutes les difficultés qui vont avec. Nous essayons de réfléchir sur la souffrance psychique. Nous nous sentons pauvres en idées. Certes, il y a des réunions, des colloques. Mais nous avons besoin, à notre niveau, de concret nous permettant d'agir. Nous avons besoin également d'un accompagnement, afin de mieux répondre aux sollicitations des démunis. Cet accompagnement, nous ne l'avons pas. Du fait de la séparation entre social et médical, les exclus sont « catégorisés ». Nous recevons untel, « malade », un autre « alcoolique », un troisième « asthmatique », la plupart enfermés dans la solitude… Nous voyons aussi, et ceux-là peuvent nous parler, des SDF qui ont du ressort, une dynamique. Eux sont souvent suivis par un médecin, parfois par un « psy ».

S. H. : *Et l'éducation pour la santé ?*

Nous sommes dans un rapport simple. Notre rôle, notre fonction, c'est d'accueillir des gens qui viennent pour dormir. Pour cela, ils doivent se sentir en sécurité. Le rapport simple est *« j'ai dormi »* ou *« je n'ai pas dormi »*. Si c'est dit, on peut alors réfléchir ensemble aux conditions d'un sommeil. Le ronflement, l'odeur et le bruit sont soulignés par les SDF qui parlent sur ce sujet. Là, on peut certainement agir. Il est possible de délivrer des messages mais, d'abord, trouvons des solutions à ces demandes ! C'est pareil pour l'alimentation. Le SDF dit *« c'est bon »* ou *« ce n'est pas bon »*. Je pense sincèrement que dans l'accueil d'urgence il nous faut d'abord améliorer les conditions matérielles, le séjour…, nous aurons alors un cadre plus approprié pour donner des informations qui sont pourtant essentielles.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. *36, rue Louvel-Tessier 75010 Paris.*

Un programme éducation santé pour améliorer le sommeil des seniors

L'insomnie ou le sommeil perturbé ne sont pas une fatalité. Un programme d'éducation pour la santé a été mené auprès d'un groupe de plus de 60 ans par le centre du sommeil de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, à Paris. Il a permis à ces personnes d'augmenter leur temps de sommeil, de minorer le temps d'endormissement et de réduire leurs réveils nocturnes. La majorité de ces personnes ont estimé que leur sommeil était de meilleure qualité à l'issue de ce programme, avec un dynamisme amélioré au réveil.

Les troubles du sommeil sont courants chez les seniors (plus de 60 ans) et peuvent avoir des retentissements importants sur leur santé et leur qualité de vie. Ils toucheraient, selon les études, entre 20 et 40 % de cette tranche d'âge. Les insomnies chroniques, en particulier, sont mal vécues par les intéressés. La vigilance pendant la journée est diminuée, l'humeur est souvent moins bonne, les fonctions cognitives sont altérées, le risque de chutes et d'accidents est plus élevé, les comportements alimentaires sont déréglés, la susceptibilité au stress s'accroît, la consommation d'alcool et de médicaments augmente. La personne est souvent entraînée dans un cercle vicieux où la fatigue chronique induit un mode de vie qui lui-même compromet la qualité des nuits à venir.

Un programme d'éducation à la santé a été mis au point pour répondre à cette plainte courante chez les seniors par des experts d'un centre du sommeil et des spécialistes du vieillissement. Il comprenait une évaluation du sommeil, pendant neuf jours, à l'aide d'un agenda du sommeil et d'un actimètre (appareil de mesure de l'activité) de poignet, une journée de formation sur les comportements et l'hygiène du sommeil, accompagnée d'un compte rendu collectif et individuel des caractéristiques du sommeil de la période d'observation, suivie d'une nouvelle évaluation, à distance, objectivant les bénéfices obtenus.

Trente-sept sujets ont été recrutés sur la base du volontariat et de la disponibilité parmi des personnes ayant demandé un rendez-vous pour une consultation dans un centre du sommeil[1]. Un groupe de douze personnes a été également recruté par une caisse de retraite à titre de groupe pilote en prévision du développement ultérieur de ce programme. Étaient inclus les sujets, hommes et femmes, âgés de 55 ans ou plus, se plaignant de leur sommeil, sans autre spécificité. Étaient exclues *a priori* les personnes qui souffraient d'hypersomnie, d'apnées du sommeil, de cécité (à cause des troubles inhérents de l'horloge biologique), de dépression, de troubles psychiatriques ou de démences. La prise d'hypnotiques n'était pas un critère d'exclusion. Tous les participants étaient autonomes et vivaient à leur domicile. Certains étaient en activité, d'autres à la retraite. Le cycle de formation se déroulait sur trois journées espacées de un à deux mois incluant à chaque fois un groupe de dix à quinze personnes *(voir schéma page suivante).*

Les résultats ont pu être exploités chez vingt-six personnes. Sur la base des enregistrements d'actimétrie (mesure de l'activité), il a été décidé de séparer, pour l'analyse des données, les sujets considérés comme insomniaques des sujets se plaignant de leur sommeil sans insomnie. Étaient considérés comme insomniaques les sujets dont la durée des éveils nocturnes était supérieure ou égale à soixante minutes et/ou la latence d'endormissement était supérieure ou égale à trente minutes. Étaient considérés comme « non insomniaques » ceux dont la durée des éveils nocturnes était inférieure à soixante minutes et la latence d'endormissement inférieure à trente minutes. Le groupe des insomniaques comptait quatorze personnes (neuf femmes, cinq hommes) de 68 ± 2 ans. Le groupe des non-insomniaques était composé de douze personnes (huit femmes et quatre hommes) de 67 ± 2 ans.

Chez les insomniaques, les agendas du sommeil ont montré que ni les heures de lever, ni les heures de coucher n'ont été modifiées significativement entre les deux sessions. Le temps passé au lit était inchangé. En revanche, leur temps de sommeil était significativement augmenté de vingt-quatre minutes en moyenne, ce qui correspondait à une meilleure efficacité du sommeil (+ 5 %). Ce bénéfice était lié à une réduction significative des réveils nocturnes, de vingt minutes en moyenne, et une diminution de

Représentation schématique du déroulement de l'étude

Journée d'information, réponse à un questionnaire d'évaluation et inscription à la formation



J. 0 **Remise d'un agenda du sommeil et d'un actimètre pour neuf jours**



J. 30 Session 1 : Restitution des résultats et formation sur la gestion du sommeil



J. 60 Remise d'un agenda du sommeil et d'un actimètre pour neuf jours



J. 90 Session 2 : Restitution des résultats, comparaison avec la session 1 et rappel des conseils d'hygiène du sommeil

quatre minutes de la latence d'endormissement. L'analyse des échelles analogiques visuelles montrait que ces insomniaques jugeaient leur sommeil de meilleure qualité, avec une très nette progression de leur dynamisme le matin (+ 10 %). La lucidité, le matin, était également meilleure bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. L'éveil en journée, qui était assez élevé lors de la session 1, l'anxiété et la morosité, qui étaient déjà basses au départ, n'étaient pas significativement modifiés entre les deux sessions.

Chez les non-insomniaques, le programme de formation a conduit les participants à se coucher plus tôt et se lever plus tard. Le temps passé au lit était significativement augmenté de trente-six minutes et le temps de sommeil de quarante-sept minutes. L'efficacité du sommeil était comparable entre les deux sessions. La durée des éveils nocturnes, qui était courte, l'est restée. Lors de l'évaluation par échelle analogique visuelle, les participants considéraient que leur sommeil était de meilleure qualité. La lucidité et le dynamisme, le matin, ainsi que l'éveil, en journée, étaient élevés et inchangés entre les deux sessions. L'anxiété et la morosité durant la journée restaient basses avant et après la formation. Ces données, dans leurs grandes lignes, étaient confirmées par l'actimétrie. On remarquera toutefois que les insomniaques avaient tendance à sous-évaluer leur temps de sommeil déclaré dans l'agenda par rapport aux données de l'actimétrie, aussi bien durant la session 1 que durant la session 2, alors qu'ils appréciaient très bien la durée de leurs éveils nocturnes et les améliorations apportées par la formation. Les non-insomniaques avaient eux tendance à sous-évaluer leur temps de sommeil dans l'agenda lors de la première évaluation, alors qu'ils le surestimaient au cours de la seconde.

Cette étude d'intervention comportementale montre qu'un programme d'éducation à la santé couplé à une évaluation du sommeil améliore objectivement la durée du sommeil des seniors. Ces effets bénéfiques sont accompagnés par une appréciation positive de la qualité subjective de leur sommeil et une augmentation de leur dynamisme le matin.

Dr Damien Léger
Praticien hospitalier, responsable du centre du sommeil et de la vigilance[1],
Caroline Gauriau
Chargée de mission[1, 2]
Bruno Corman
Docteur es Sciences, responsable de *Successful Aging Database*[2],
Pr Dominique Choudat
Chef du service de pathologie professionnelle[1].

1. Centre du sommeil et de la vigilance. Centre de référence hypersomnies rares, Hôtel-Dieu, Paris AP-HP et université Paris-5.
2. Successful Aging Database, *Boulogne-Billancourt.*

Personnes âgées : prendre en compte le vieillissement physiologique

Prescrire des somnifères aux plus de 65 ans qui se plaignent de mal dormir est une facilité et peut avoir un effet inverse de celui attendu : les somnifères consommés de façon régulière peuvent aggraver l'insomnie. Il faut développer une meilleure information sur le sommeil spécifique des seniors, tant en direction du grand public que des professionnels. Les nuits des seniors sont plus courtes et ils compensent par de petites plages de sommeil dans la journée. Ainsi, par exemple, à 80 ans, il n'est pas anormal de dormir de 21 h à 4 h du matin.

En 2020, 35 % de la population française auront plus de 60 ans. Or, de nombreuses études épidémiologiques portant sur de larges échantillons ont montré que près de la moitié des personnes de cette classe d'âge se plaint régulièrement de son sommeil. Malheureusement, l'insomnie étant la cause de consultation la plus fréquente, on assiste souvent à une prescription réflexe d'hypnotiques (somnifères). Cette attitude est non seulement simpliste mais elle est source d'erreurs diagnostiques et entraîne, à moyen terme, une aggravation des troubles.

Cette situation n'est pas due à une négligence coupable de nos confrères mais plutôt à leur méconnaissance de la physiologie et des pathologies du sommeil et en particulier de celles des personnes âgées. Il faut aussi souligner que cette ignorance, souvent confortée par des préjugés tenaces, est amplement partagée par nos patients qui réclament de leur sommeil beaucoup plus que ce qu'il est capable de leur donner. Il y a donc urgence à informer les seniors et leurs médecins sur les arcanes du sommeil des personnes âgées si l'on ne veut pas voir exploser la prescription d'hypnotiques dans les prochaines années.

Vieillissement physiologique du sommeil

En matière didactique, il est d'usage de commencer par la physiologie. Dans le domaine qui nous occupe, c'est une obligation car de trop nombreuses croyances non fondées circulent dans la population. Nous parlerons, en premier lieu, du vieillissement normal du sommeil chez des personnes âgées en bonne santé.

Tout d'abord, la durée quotidienne du sommeil ne diminue pas avec l'âge. C'est la durée du sommeil nocturne qui diminue, elle est compensée par la présence d'un ou plusieurs sommeils diurnes, qui assurent une moyenne de sept heures à sept heures trente de sommeil par vingt-quatre heures. L'endormissement reste de bonne qualité, en vingt minutes environ, comme chez l'adulte plus jeune. Le sommeil de nuit est entrecoupé de nombreux éveils qui sont parfois assez longs, l'efficacité du sommeil va donc

diminuer en proportion. De plus, le sommeil à ondes lentes (stades 3 et 4) se raréfie dès l'âge de 30 ans et a tendance à disparaître après 65 ans. Le sommeil est donc moins profond, moins récupérateur. En revanche, le sommeil paradoxal est conservé jusqu'à un âge avancé. Le rêve reste donc une valeur sûre pour les personnes âgées ! La structure fine du sommeil est aussi modifiée, avec moins d'ondes lentes, moins de fuseaux de sommeil. L'alternance veille/sommeil est, elle aussi, bouleversée. On sait qu'au sein de la population, on trouve des « gens du soir » et des « gens du matin ». Avec l'avancée en âge, on va observer une « matinalisation » qui peut être importante avec un coucher autour de 21 h qui n'a rien d'anormal. D'ailleurs les patients s'en plaignent rarement. *A contrario,* ils vont être surpris de se réveiller définitivement à 3 h ou 4 h du matin, alors que c'est une heure tout à fait physiologique si l'on tient compte de la « matinalisation » et du raccourcissement du sommeil de nuit.

Comme nous l'avons vu, le court sommeil nocturne va être suppléé par un à plusieurs sommeils diurnes. Le sommeil qui était monophasique (une seule période de sommeil par vingt-quatre heures) chez l'adulte jeune a tendance à devenir polyphasique (plusieurs périodes de sommeil par vingt-quatre heures) chez la personne âgée, comme chez l'enfant. On note donc une plus grande facilité à l'endormissement diurne qu'il ne faut pas confondre avec une somnolence excessive. Cette impression est renforcée par une diminution du contraste entre la veille et le sommeil, avec une diminution de l'amplitude des rythmes biologiques (température, hormones, mélatonine, etc.). La sieste, terme qu'il faut réserver au sommeil survenant entre 13 h et 14 h, est un moment privilégié pour le sommeil, qui survient plus facilement dans cette plage horaire, même si l'on n'a pas déjeuné.
Comme on le voit, même chez les personnes en bonne santé, le sommeil est fortement modifié par l'âge. Ces changements vont le rendre plus vulnérable aux facteurs environnementaux que sont le bruit et la température ambiante. Ces contraintes contribuent à la sensation de mauvais sommeil que peuvent ressentir certaines personnes âgées. Elles sont aussi plus sensibles aux modifications du contexte du sommeil : voyage, déménagement, hospitalisation, etc.

Pathologies, vieillissement et sommeil

Non content de se fragiliser, le sommeil va être exposé à une augmentation de la fréquence des maladies, spécifiques du sommeil ou non, au cours du vieillissement.

En premier lieu, les troubles d'origine organique vont être des causes fréquentes d'insomnie : les douleurs (articulaires, osseuses, digestives, cancéreuses, etc.), le reflux gastro-œsophagien, les problèmes urinaires (incontinence), les affections respiratoires, les troubles du rythme cardiaque et respiratoire, les troubles endocriniens (notamment thyroïdiens).
On notera en particulier les maladies neurologiques telles que la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer. Ces deux pathologies vont entraîner un appauvrissement important du sommeil et une déstructuration du rythme veille/sommeil, souvent proportionnels à la sévérité de l'affection primaire.
Les troubles psychiatriques sont aussi représentés. L'insomnie est un des symptômes majeurs de la dépression chez les personnes âgées. On observe souvent un réveil matinal encore plus précoce avec des idées noires dès le réveil. On note aussi beaucoup d'altérations du sommeil secondaires à des troubles anxieux qui sont fréquents dans cette classe d'âges.
Enfin, certains troubles spécifiques du sommeil sont plus fréquents au-delà de 65 ans. Le syndrome d'apnées du sommeil est à rechercher systématiquement chez un patient âgé, présentant un surpoids et se plaignant de somnolence diurne excessive. Chez ces patients, on observe des arrêts respiratoires récurrents durant plus de dix secondes survenant pendant le sommeil avec une fréquence supérieure à dix par heure. Ces phénomènes vont entraîner une fragmentation très importante du sommeil et donc un besoin intense de dormir la journée. La somnolence est souvent si importante que les patients peuvent s'endormir au volant.
Le syndrome des jambes sans repos est aussi très fréquent à ces âges. Les patients ressentent un intense besoin de bouger les jambes dès qu'ils sont au repos, en particulier dans la soirée ou la nuit. Ce symptôme est soulagé par la marche et le mouvement en général. On comprendra facilement que ces personnes ont beaucoup de mal à trouver le sommeil quand elles doivent marcher continuellement. Il leur est aussi impossible de dormir la journée car la somnolence active le besoin de bouger et les sensations désagréables dans les jambes (aussi appelées « impatiences »).
On signalera aussi un trouble assez rare mais spécifique des sujets âgés, le trouble du comportement en sommeil paradoxal. Cette affection se rencontre plutôt chez des hommes de plus de 65 ans qui présentent des épisodes d'agitation dans la deuxième partie de la nuit. Il semble que ces personnes vivent intensément leurs rêves car les muscles ne sont plus

paralysés chez eux pendant le sommeil paradoxal comme ils le sont normalement. Ce trouble peut évoluer vers une maladie de Parkinson dans environ 30 % des cas.
Nous passerons rapidement sur tous les troubles du sommeil qui peuvent être entraînés par les médicaments nécessaires au traitement de toutes les pathologies citées plus haut. Les corticoïdes, la théophylline, les hormones thyroïdiennes, etc., sont pourvoyeurs d'insomnies, alors que les anxiolytiques et les hypnotiques peuvent entraîner une somnolence diurne. Cela est d'autant plus aigu que les fonctions hépatiques et rénales sont moins efficaces chez les personnes âgées.

Prendre en charge les troubles du sommeil

Quand on a à l'esprit tous les éléments précédents, on peut établir une stratégie de prise en charge des troubles du sommeil chez la personne de plus de 65 ans.
En premier lieu, il faudra s'assurer que la plainte correspond à un trouble du sommeil au sens propre. En effet, chez une dame âgée de 80 ans qui consulte car elle ne peut pas dormir après 4 h du matin mais qui ne ressent pas une fatigue diurne intense, on demandera l'intensité de l'activité physique dans la journée, la présence de sieste et surtout l'heure du coucher. Si elle avoue un couché à 21 h, une activité physique faible et une sieste d'une demi-heure à partir de 13 h 30, le but de la prise en charge sera de lui faire admettre qu'elle produit un sommeil tout à fait normal pour son âge.
Il est très important de faire une investigation très complète à la recherche d'une cause primaire. Si l'on peut isoler une cause probable, on va commencer par traiter ces problèmes en premier lieu afin d'éliminer les racines du mal. Parfois, le trouble du sommeil, surtout si c'est une insomnie, va persister ; on le prendra alors en charge comme une insomnie primaire.
Dans les cas où le trouble du sommeil s'avérera patent et primaire, il faudra résister au prurit de prescription et travailler sur l'hygiène du sommeil et des rythmes, et surtout aider les patients à trouver des activités qui vont occuper la portion de nuit qui n'est plus consacrée au sommeil. La prise de médicaments sera réservée aux cas résistants et toujours de manière transitoire car la prise continue d'hypnotiques est pourvoyeuse d'insomnie. On évitera les benzodiazépines, qui sont peu efficaces chez les personnes âgées et peuvent entraîner des troubles de la mémoire et un risque de chute.

Alain Nicolas
Praticien hospitalier, responsable de l'unité d'exploration hypnologique, service hospitalo-universitaire de psychiatrie (Pr Dalery), Centre hospitalier Le Vinatier, Bron.

Ateliers du sommeil : une alternative aux médicaments

Après avoir repéré de nombreux troubles du sommeil chez ses patients, le centre de médecine préventive de Bourg-en-Bresse, dans l'Ain, a mis en place des ateliers du sommeil. En quatre séances de trois heures chacune, des professionnels ont dispensé une éducation thérapeutique du sommeil complétée par des échanges, des groupes de parole et de la relaxation. L'objectif : désamorcer l'angoisse des insomniaques par d'autres moyens que la prise de médicaments. Le bilan est positif mais les effets limités, du fait du caractère ponctuel de ces ateliers. C'est néanmoins incontestablement une voie à développer.

Pendant trois ans (2003-2005), le centre de médecine préventive de Bourg-en-Bresse[1] a conduit une action de groupe thérapeutique pilotée par le docteur Patricia Faurobert, médecin hypnologue : l'Atelier du sommeil. Cet atelier a été proposé à des adultes s'étant plaint de troubles du sommeil à l'occasion de leur bilan de santé individuel ; 35 % avaient recours à un traitement (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs) dont les « effets » leur posaient question, les incitant à tenter d'autres voies thérapeutiques.
Pour mettre en place cet atelier, l'équipe du centre de médecine préventive s'est informée auprès de l'association Prosom[2] des initiatives et ressources utiles à un public désireux « *d'acquérir un sommeil de qualité acceptable en se passant, si possible, progressivement de médicaments* ». À partir de là, elle a conçu ses Ateliers du sommeil à partir des « stages » de sommeil mis en place, à titre expérimental, dès 1990, par le centre régional de prévention santé de Lyon[3], stages animés par Jacqueline Louis, ingénieur de recherche à l'Inserm, et Hélène Bastudji, neurologue et psychiatre. Elle leur a emprunté, en particulier, un travail à partir de l'anxiété, maillon déterminant dans la thérapeutique proposée aux personnes atteintes d'insomnie psychophysiologique.

Réguler une charge anxiogène

Capitalisant ce savoir-faire, l'équipe du centre de médecine préventive – médecin hypnologue, psychologue, animatrice de prévention et animatrice en relaxation – a élaboré un programme propre à aider les personnes sélectionnées (cinquante-cinq participants, répartis en huit groupes, d'une moyenne d'âge de 50 ans ; âges extrêmes : 18 et 75 ans) « *à restaurer une qualité de sommeil permettant à moyen terme la suppression ou l'allègement de thérapeutique chronique, source d'effets indésirables* ».
Compte tenu des objectifs, du dispositif, des moyens envisagés, les participants aux Ateliers du sommeil ont été choisis pour composer des groupes homogènes (sur des critères d'absence de pathologies graves, de motivation personnelle, d'adhésion à un groupe thérapeutique). Au sein de ces groupes, chacun était notamment invité à reconsidérer son histoire et ses stratégies personnelles, puis à prendre un peu de distance avec une plainte souvent non prise en compte par l'entourage habituel (car participant au quotidien et à « l'identité », au « caractère » du sujet), voire par le médecin traitant.
En mettant l'accent sur la relation de chacun avec « ses insomnies » – troubles, événements, circonstances, climat psychologique présidant à la survenue des insomnies –, les Ateliers du sommeil ont organisé des échanges sur l'anxiété, son vécu, ses mécanismes, son retentissement, ouvrant la perspective d'une perception plus globale de la santé, de la fonction et des mécanismes du sommeil.
Chaque session proposait, sur quatre semaines consécutives (soit quatre séances de trois heures chacune), une alternance d'écoute, d'aide à la formulation des vécus et situations, d'apports de connaissances, de présentations d'outils à utiliser au long de la session (agenda du sommeil, travail sur l'anxiété, relaxation, etc.), de débats, puis d'échanges d'expériences. Les exercices de relaxation pouvaient permettre à chacun d'expérimenter et ressentir leurs effets, de découvrir leur capacité à réguler par un exercice approprié une charge anxiogène.

Une nuit sans médicaments

Sortir d'une certaine solitude quant à la présentation de leur mal-être, voire de leur souffrance, être écouté par des tiers attentifs à l'évocation d'une « vie d'insomnie » qui relève souvent de l'indicible, échanger ses expériences au sein d'un groupe régulé et structuré autour d'objectifs opérationnels, l'ensemble de cette démarche a représenté une occasion

déterminante d'envisager la perspective de « nuits sans prothèse médicamenteuse ».
La comparaison des questionnaires recueillis, en début et fin de stage, les appréciations et commentaires des stagiaires au cours de chaque session ont montré que, si 20 % d'entre eux n'exprimaient encore qu'une « satisfaction modérée » (quant aux changement survenus et surtout « établis »), la *« prise de conscience de la capacité de prendre en charge soi-même des comportements préventifs »* ainsi que *« l'intention de modifier ses attitudes et habitudes »* étaient constatés par une forte majorité (respectivement 94 % et 92 %). 89 % des stagiaires ont affirmé leur satisfaction d'avoir pu participer à cette action, susceptible, selon eux, de *« permettre à moyen terme… la suppression ou l'allègement de thérapeutiques chroniques ».*
Il est possible que ces résultats aient pu être marqués d'une certaine « illusion groupale », au sortir des actions ; les évaluations à six mois ont accrédité cette thèse, constatant une retombée des effets favorables, soulignant que le retour à l'isolement, à la solitude et aux troubles pour nombre de ces personnes constituait un véritable travail de sape. D'où l'importance cruciale de prévoir une réorganisation et une reformulation du dispositif, des relais de proximité dont la nature sera à préciser. Dans cette perspective, l'équipe du centre de médecine préventive de Bourg-en-Bresse a suspendu, en 2006, ses Ateliers du sommeil pour en analyser, avec suffisamment de recul, toutes les facettes et résultats, et proposer prochainement une nouvelle formule permettant à chaque participant d'inscrire dans une durée significative les améliorations.
L'utilisation de traitements médicamenteux est remise en question par beaucoup de leurs usagers ; leur « banalisation », la reconduction fréquente de trop nombreuses ordonnances, pose de réels problèmes de santé et de financements publics. Mais incontestablement les « stages » de sommeil, les Ateliers du sommeil et d'autres initiatives du même type démontrent l'intérêt de mettre en œuvre des alternatives préventives ou curatives aux thérapeutiques essentiellement médicamenteuses.

Henri-Pierre Bessias
Psychologue clinicien,
Centre de médecine préventive,
CPAM de l'Ain, Bourg-en-Bresse.

1. Centre de médecine préventive de Bourg-en-Bresse - CPAM de l'Ain - Place de la Grenouillère - 01000 Bourg-en-Bresse.
2. Prosom – CNE/Rhône - Hôpital de l'Hôtel-Dieu - Porte 1, - 1, place de l'Hôpital - 69002 Lyon.
3. Centre régional de prévention santé - 62, rue Philippe-de-Lasalle - 69244 Lyon Cedex 04.

Insomnie : des conséquences psychologiques et sociales

L'insomnie est la plainte la plus fréquemment exprimée quand on évoque les troubles du sommeil. Chronique, ses conséquences psychologiques et sociales peuvent être franchement invalidantes (vie privée/vie professionnelle). Le caractère subjectif de l'insomnie, surtout lorsqu'elle s'exprime sur un mode récurrent de tension anxieuse, affecte les relations interpersonnelles. L'insomniaque, renvoyé à sa solitude, à l'incommunicabilité de sa détresse, éprouve alors une certaine culpabilisation de son état, ou plutôt une frustration qui contribue à chroniciser la situation.
Ainsi sur le plan professionnel, la charge anxieuse de ne pouvoir faire face, être à la hauteur, concerne de plus en plus de personnes (épuisement professionnel, *burn-out,* nombres d'atteintes et d'accidents physiques pouvant témoigner d'un « mental » ainsi perturbé). L'anxiété « normale » – « température de l'âme », selon Alain Braconnier[1] – est une émotion : dimension universelle de la personnalité, elle peut constituer un signal d'alarme. Déréglée, elle provoque plus d'inconvénients que d'avantages. L'anxiété « anormale » est fréquemment associée à l'insomnie : « L'anxieux est une sentinelle. » « En hyper éveil », il fait face à un monde d'adversités, d'échéances, de « challenges », ne parvient plus à maîtriser des événements qui le dépassent, ce qui participe à la chronicisation psychologique de la situation, se combine aux troubles fonctionnels.

H.-P. B.

1. Braconnier A. Petit ou grand anxieux ? *Paris : Odile Jacob, 2002 : 400 p.*

De la naissance à l'adolescence, **dans les bras de Morphée**

C'est entre la naissance et l'âge de neuf mois que les plus grands changements interviennent dans la structuration du sommeil. La mère a un rôle prépondérant : en installant un rythme régulier des activités quotidiennes, elle favorise le bon sommeil de son enfant. Plus tard, les adolescents ont besoin de davantage de sommeil que les préados. Selon plusieurs études, la plupart des adolescents ont un déficit d'une heure à une heure trente de sommeil par jour, pour cause de couchers tardifs. La privation de sommeil perturbe les apprentissages, favorise l'hyperactivité et l'anxiété.

Le sommeil normal

Les états et les stades de sommeil de l'enfant à partir de 6 ans

Adulte ou grand enfant, lorsque nous dormons, nous passons, au cours de notre nuit, par plusieurs cycles, d'une durée de quatre-vingt-dix à cent vingt minutes chacun. Chaque cycle comporte deux états de sommeil : le sommeil lent et le sommeil paradoxal

L'endormissement se fait en sommeil lent. Au cours de ce sommeil, l'électroencéphalogramme permet de distinguer quatre stades sur la présence de plus en plus importante d'ondes lentes : les stades I et II correspondent au sommeil lent léger ; les stade III et IV au sommeil lent profond. Puis survient le sommeil paradoxal. C'est au cours du sommeil paradoxal que survient préférentiellement le rêve.

Les cycles de sommeil

Quatre à six cycles de sommeil vont se succéder au cours d'une nuit de sommeil, chaque cycle est séparé par un très bref éveil. La durée de chaque stade varie au cours de la nuit : pour une nuit de huit heures, le sommeil lent profond prédomine dans les quatre premières heures, le sommeil paradoxal et le sommeil lent léger au cours des quatre heures suivantes.

Les cycles de sommeil du nouveau-né

On retrouve, chez le nouveau-né, les états de sommeil de l'adulte : sommeil agité puis sommeil calme (équivalents du sommeil paradoxal et du sommeil lent profond de l'adulte) pour chacun des cycles qui s'enchaînent. Les cycles de sommeil sont courts : cinquante à soixante minutes. Chaque cycle est le même, constitué d'une période de sommeil agité et d'une période de sommeil calme. Le sommeil du nouveau-né est très riche en sommeil agité puisqu'il représente de 50 à 60 % du temps de sommeil, alors que ce pourcentage n'est que de 20 à 25 % chez l'adulte et le grand enfant. Les endormissements se font en sommeil agité (ils se font en sommeil lent chez l'adulte et le grand enfant). Le nouveau-né dort nuit et jour ; ses cycles de sommeil sont nombreux, de dix-huit à vingt par vingt-quatre heures. Tous ses cycles sont identiques, que ce soit le matin ou l'après-midi, le début ou la fin de la nuit.

De la période néonatale à l'adolescence

Le développement du sommeil, de la période néonatale à l'adolescence, est caractérisé par des modifications importantes de la composition du sommeil et de l'organisation des différents états de vigilance au cours des vingt-quatre heures. À chaque âge correspond une organisation de sommeil particulière.

Le sommeil des six premières années

Toutes les principales caractéristiques du sommeil de l'adulte vont se mettre en place au cours de cette période. Le sommeil agité des premiers jours entrecoupé par de fréquents mouvements corporels va progressivement faire place à un sommeil stable que l'on va dès l'âge de 3 mois appeler sommeil paradoxal. Ce sommeil va surtout beaucoup diminuer en quantité de 50 à 60 % du temps de sommeil à la naissance, il n'en représente que 35 % à 3 mois et atteint les valeurs de l'adulte vers 1 an (20-25 %).

À partir de 3 mois, il va être possible de reconnaître dans le sommeil calme les différents stades du sommeil lent de l'adulte, sommeil lent léger et sommeil lent profond.

À partir de 6 mois, les endormissements se font comme chez l'adulte et le grand enfant, en sommeil lent.

Dès l'âge de 9 mois, la structure du sommeil nocturne ressemble, à quelques différences près, à celle de l'adulte : le sommeil va devenir très stable, riche en sommeil lent profond, au cours des trois, quatre premières heures.

Consolidation du sommeil nocturne, éveils nocturnes

La consolidation du sommeil nocturne, définie chez le petit enfant par l'existence d'un sommeil sans éveil signalé aux parents entre minuit et cinq heures, apparaît normalement entre 3 et 6 mois. Les parents jouent un rôle important dans la mise en place de cette consolidation. On sait, par exemple, que les interventions trop fréquentes d'une maman inquiète encouragent le bébé à se réveiller complètement et à signaler ses éveils nocturnes.

Chez le jeune enfant, la survenue en seconde partie de nuit d'éveils brefs est normale ; mais des difficultés apparaîtront si l'enfant ne sait pas s'endormir seul dans son lit, dans sa chambre, si ses parents restent présents auprès de lui jusqu'à son endormissement. Des vidéos ont d'ailleurs montré que des nourrissons réputés « bons dormeurs » d'après leurs parents se réveillaient aussi souvent que les nourrissons jugés « mauvais dormeurs », les premiers se rendormaient seuls sans signaler leur éveil, les seconds incapables de se rendormir seuls réveillaient leurs parents.

Le sommeil des 6-12 ans

Entre 6 et 12 ans, le sommeil nocturne est de très bonne qualité, presque exclusivement composé de sommeil lent profond dans la première partie de la nuit, ce qui va favoriser la survenue de certains comportements anormaux survenant au cours du sommeil : terreurs nocturnes, somnambulisme et énurésie (l'enfant ne se lève pas pour aller aux toilettes), pathologies assez fréquentes à ces âges. Le sommeil est très stable, les éveils nocturnes sont très brefs. Dans la journée, ces enfants sont normalement très vigilants.

Le sommeil de l'adolescent

L'organisation du sommeil nocturne devient identique à celle de l'adulte

Ainsi, si on compare les enregistrements de sommeil de préadolescents entre 6 et 12 ans et d'adolescents entre 13 et 18 ans, on constate, chez ces derniers, une diminution importante du sommeil lent profond au profit du sommeil lent léger. Une étude américaine est significative : durant six ans, les mêmes seize enfants ont été enregistrés une fois par an, sur trois nuits, entre 10 et 16 ans. Quel que soit leur âge, l'heure du coucher était à vingt-deux heures, celle du lever à huit heures. Cette étude révèle que le temps de sommeil et la durée du sommeil paradoxal restaient constants entre 10 et 16 ans, tandis que le temps de sommeil lent profond diminuait, à partir de 13 ans, de 35 %, au profit du sommeil lent léger.

Des besoins de sommeil plus importants que ceux du préadolescent

Les tests qui permettaient d'évaluer la capacité à rester réveillé dans la journée ont montré qu'après une durée égale de sommeil nocturne pour tous, les préadolescents ne s'endormaient que très rarement dans la journée alors que les adolescents étaient beaucoup plus somnolents. Il existe donc, au cours de l'adolescence, des besoins de sommeil plus importants que chez le préadolescent, une « hypersomnie physiologique ».

Une tendance naturelle au retard de phase

L'adolescence est également caractérisée par une tendance naturelle au retard de phase (sommeil plus tardif), au décalage des heures d'endormissement (qui vont survenir entre vingt-deux heures et minuit trente) et d'éveils, une tendance aux couchers et levers tardifs partiellement liée aux modifications biologiques qui accompagnent la puberté. Cette tendance est aggravée par le rythme de vie de l'adolescent.

Une privation chronique de sommeil

Plusieurs études épidémiologiques révèlent que les besoins en sommeil de l'adolescent se situeraient aux environs de neuf heures par nuit. La plupart des adolescents ne dorment que sept à huit heures en période scolaire. Ils doivent, en effet, souvent se lever tôt, notamment s'ils ont un temps de transport important. De nombreux adolescents se trouvent donc en état de privation de sommeil, qu'ils essaient de compenser pendant le week-end par des réveils très tardifs. Les rythmes de sommeil deviennent très irréguliers, les endormissements du soir encore plus difficiles.

Durées de sommeil

Le nouveau-né dort beaucoup. Ce temps de sommeil va diminuer progressivement, au fil des années, d'un temps moyen de seize, dix-sept heures chez le nouveau-né à quatorze, quinze heures à 6 mois, treize, quatorze heures à 1 an, douze, treize heures à 3 ans, onze heures à 6 ans, huit heures à l'adolescence. Il existe très vite des grands et petits dormeurs avec une variabilité interindividuelle qui est d'autant plus importante que l'enfant est plus jeune. Dans une étude longitudinale, réalisée en Suisse, chez quatre cent quatre-vingt-treize sujets entre 3 mois et 16 ans, l'écart type est de 2,5 heures à 6 mois, il n'est plus que de 1 heure à 16 ans. Cette variabilité est plus importante pour le sommeil diurne. Dans cette même étude, la comparaison de trois cohortes d'enfants nés en 1974, 1979 et 1986 révèle qu'il existe de génération en génération, en particulier chez les enfants les plus jeunes, une diminution du temps de sommeil qui est expliquée par un coucher de plus en plus tardif.

Organisation des siestes

Le nombre de siestes et leur répartition vont se modifier en fonction de l'âge. À 6 mois, l'enfant fait généralement trois siestes, une le matin, une en début d'après-midi, une en fin d'après-midi. La sieste de fin d'après-midi va disparaître entre 9 et 12 mois, celle du matin entre 15 et 18 mois. Celle de l'après-midi est généralement perdue entre 3 et 6 ans. La persistance d'une sieste régulière après l'âge de 7 ans (présente dans l'étude suisse chez moins de 1 % des enfants) doit donc faire évoquer une privation de sommeil nocturne ou une hypersomnie. L'organisation des siestes et leur durée sont très variables d'un enfant à l'autre et parfois même chez un même enfant, d'un jour à l'autre. À partir de 2 ans, chez certains enfants, un temps de sommeil important dans la journée pourra diminuer le temps de sommeil nocturne. Chez les enfants qui ont des difficultés de sommeil, il faudra parfois réorganiser les siestes puisque des siestes trop fréquentes pour l'âge, trop tardives (après seize heures), trop précoces après le réveil matinal, pourront entraîner des difficultés d'endormissement et des éveils nocturnes.

L'heure du coucher est, comme les durées de sommeil, très variable : certains enfants couche-tôt s'endormiront facilement à vingt heures ou même dix-neuf heures trente mais se réveilleront tôt, alors que les couche-tard auront beaucoup plus de difficultés à s'endormir le soir et à se réveiller le matin pour aller à l'école.

Temps de sommeil et environnement

La tendance à dormir plus ou moins, à être du soir ou du matin, est pour partie héréditaire, mais elle est aussi très influencée par l'environnement et l'éducation (mauvaises conditions de couchage, excès de bruit, temps passé devant un écran ou au téléphone trop important, rythme scolaire, etc.) *(Encadré page suivante)*. Des différences, probablement plus culturelles que véritablement ethniques, existent aussi pour la durée de sommeil, les heures de coucher et de lever. Des études comparatives entre plusieurs populations d'enfants révèlent, par exemple, que des enfants italiens comparés à des enfants suisses, que des enfants chinois comparés à des enfants américains, dorment moins. Cette diminution du temps de sommeil est liée chez les enfants italiens à un coucher plus tardif, elle est en relation, chez les enfants chinois, avec un coucher plus tardif et un lever plus précoce. Des différences culturelles existent aussi pour le rythme des siestes : la disparition de la sieste est, aux États-Unis, plus tardive dans la population noire que dans la population caucasienne mais le temps de sommeil sur les vingt-quatre heures est identique dans les deux populations.

Les effets de la privation de sommeil chez l'enfant

La durée du sommeil étant très variable d'un enfant à l'autre, la possibilité d'une privation de sommeil s'évalue sur le comportement de l'enfant pendant la journée :

– un petit enfant anormalement agité, fatigable, irritable et capricieux manquera probablement de sommeil ; en revanche, même si le temps de sommeil paraît peu important, il sera probablement suffisant si l'enfant est calme, émotionnellement stable et joyeux, il s'agira probablement d'un petit dormeur ;

– chez l'enfant d'âge scolaire : l'enfant aura sans doute suffisamment dormi s'il se réveille facilement et de bonne humeur le matin, s'il est calme et attentif à l'école, s'il n'est pas agressif, agité et intolérant à la moindre frustration le soir.

Chez l'enfant, les expériences de privation de sommeil sont exceptionnelles ; une étude américaine révèle qu'une privation partielle de sommeil (nuit de cinq heures sur une seule nuit) dans un groupe d'enfant de 10 à 14 ans suffirait à perturber l'apprentissage des tâches les plus complexes (tâches de créativité) et les plus éloignées des

tâches habituelles. Une autre étude démontre, chez des enfants de 9 à 12 ans, dont on a diminué puis augmenté le temps de sommeil, une amélioration spectaculaire du comportement et des performances après augmentation du temps de sommeil. Le manque de sommeil peut retentir aussi sur le métabolisme : plusieurs études mettent en évidence une relation entre diminution du temps de sommeil et risque de développer une obésité. Dans une cohorte d'enfants britanniques, la présence d'un sommeil de moins de dix heures et demi par nuit, à l'âge de 3 ans, était prédictive d'obésité à 7 ans. Il existe également une relation entre une diminution du temps de sommeil et un risque plus élevé de troubles du comportement : hyperactivité chez l'enfant ; anxiété anormale, dépression avec risque accru de suicide chez l'adolescent.

Installation du rythme jour/nuit

Le nouveau-né dort presque autant le jour que la nuit, par périodes de trois, quatre heures entrecoupées d'éveils. En fait, la composante circadienne (aux environs de vingt-quatre heures) existe dès la période néonatale. Il existe d'ailleurs, dès les tout premiers jours de vie, un peu plus de sommeil dans la nuit. Un rythme jour/nuit stable va s'installer normalement avant le sixième mois.

Les donneurs de temps ou synchroniseurs

Ce rythme circadien de vingt-quatre heures ne pourra s'installer sans des personnes ou des facteurs de l'environnement qui donnent le tempo, ce que l'on appelle les « donneurs de temps » ou synchroniseurs, son apparition pourra être retardée chez certains enfants si ces « donneurs » n'entrent pas en jeu.

Chez le nouveau-né, le « donneur de temps » le plus important va être sa relation avec sa mère, puis très vite, dès les toutes premières semaines de vie, l'alternance lumière naturelle/obscurité ; la régularité des prises alimentaires et leur disparition progressive dans la nuit ; la régularité des moments de promenade et d'échanges ; un peu plus tard celle des heures de siestes, de coucher et surtout de réveil le matin, tous ces donneurs de temps vont aider le nourrisson dans l'installation du rythme jour/nuit.

Ces donneurs de temps permettent non seulement la mise en place et le maintien des rythmes circadiens de vigilance mais ils permettent aussi la synchronisation entre rythmes circadiens veille/sommeil et rythmes circadiens biologiques (température corporelle, rythme cardiaque, rythme de faim et de satiété, sécrétion de cortisol[1], etc.) C'est cette synchronisation qui nous permet probablement d'être vigilant au bon moment, qui fait que la qualité de notre veille et de notre sommeil est bonne.

Rythmes circadiens et temps scolaires

Chez l'enfant, cette synchronisation harmonieuse est parfois compromise par certains rythmes scolaires, comme la semaine de quatre jours. Les fluctuations journalières de la vigilance et des performances intellectuelles varient dans la journée : elles progressent du début à la fin de la matinée, s'abaissent au début de l'après-midi puis progressent de nouveau au cours de l'après-midi scolaire. Ce profil normal peut être inversé lorsque le temps scolaire ne comprend que quatre jours : lundi, mardi, jeudi, vendredi. Cette inversion est accompagnée d'une baisse du niveau des performances. Cette diminution est modulée par de nombreux facteurs tel que le niveau scolaire, la motivation, le milieu urbain ou rural, le niveau socio-économique, etc. Elle semble plus refléter un phénomène de désynchronisation (rythmes de coucher et de lever irréguliers) qu'un déficit de sommeil. Chez l'adolescent, le rythme de vingt-quatre heures pourra même disparaître si les rythmes de lever, de coucher, de repas et de socialisation sont trop irréguliers. Cette désynchronisation majeure survient chez des adolescents psychologiquement plus fragiles ; elle peut conduire parfois à une déscolarisation.

Conclusion

Les synchroniseurs sociaux (interaction parents/enfants, temps scolaires) et l'alternance lumière/obscurité jouent un rôle important dans la mise en place des rythmes circadiens de vingt-quatre heures. Ils ont également une influence sur la stabilité du sommeil. Un rythme veille/sommeil maternel régulier pendant la grossesse et une relation mère/enfant harmonieuse dans les tout premiers jours de vie ; dès les premières semaines, l'alternance lumière naturelle/obscurité, la régularité des moments de jeux, de promenade ou d'échanges ; un peu plus tard la régularité des heures de coucher et d'éveil ; tous ces donneurs de temps vont favoriser une bonne stabilité des rythmes de veille et de sommeil. Ces synchroniseurs font généralement défaut chez les enfants et adolescents souffrant de difficultés de sommeil.

Les rythmes biologiques et les temps de sommeil devraient être aussi respectés pendant le temps scolaire ; il serait important : de faciliter l'accès à la sieste pour tous les enfants de maternelle qui en éprouvent le besoin, de tenir compte des différentes phases de forte vigilance évoquées plus haut pour organiser la journée scolaire et le rythme scolaire hebdomadaire des enfants en primaire, de retarder enfin, chez les adolescents, l'heure d'entrée au collège et au lycée afin de limiter la privation de sommeil imposée par un horaire d'entrée à l'école trop précoce pour leur horaire de coucher naturellement tardif.

Marie-Josèphe Challamel
Médecin, pédiatre à la retraite.
Responsable de l'unité de sommeil de l'enfant à l'hôpital Debrousse (jusqu'en 2005), affiliée à Prosom, Lyon.

Les « voleurs » de sommeil

- Rythmes de coucher et de lever trop irréguliers
- Temps passé devant un écran supérieur à deux heures chez le jeune enfant et supérieur à trois heures chez les adolescents
- Absence d'exercice physique ou exercice physique trop tardif le soir
- Trop nombreuses activités extrascolaires
- Pressions scolaire et sociale trop importantes
- Début d'école trop matinal, trajet scolaire trop long
- Stress, anxiété, difficultés scolaires
- Difficultés psychologiques
- Consommation de caféine, alcool, tabac, drogues
- Régime amaigrissant
- Mauvaise santé physique

1. Le cortisol est une hormone sécrétée par la glande surrénale (située au-dessus du rein) ; cette hormone est éveillante ; son pic de production a lieu dans la journée. Sa production est augmentée par le stress.

Entretien avec Nicole Rivière, puéricultrice

« Agir sur le sommeil et les rythmes de vie à l'école »

Nicole Rivière informe les enfants – y compris les tout-petits – et sensibilise les parents sur les fonctions du sommeil. Elle propose aux professionnels de la petite enfance et aux enseignants une meilleure connaissance des rythmes de l'enfant. Plusieurs actions éducatives ont été mises en place dans des écoles afin de favoriser la pratique d'une véritable sieste – de vingt minutes jusqu'à une heure et demie – qui correspond au besoin physiologique de la majorité des enfants de maternelle. *« Avant d'être un souci, le sommeil est un plaisir »*, souligne-t-elle.

La Santé de l'homme : *D'où vient votre intérêt pour l'éducation à la santé autour du sommeil ?*

Nicole Rivière : Puéricultrice de PMI au conseil général du Vaucluse durant de nombreuses années, j'avais été frappée par le fait que le sommeil de l'enfant était le plus souvent abordé sous forme de plaintes. Mais aussi que le rythme des enfants était mal respecté tout au long de la journée et notamment entre 11 h et 14 h. Les enfants sont souvent « catalogués » selon leurs comportements : excités, agressifs, hyperactifs, etc., mais rarement l'organisation des journées qui leur est imposée n'est remise en cause.

S. H. : *C'est ce constat qui vous a décidée à agir ?*

Tout à fait. Depuis 1992, je me suis consacrée à ce thème et je tente d'expliquer le sommeil à tous – petits et grands – avec des outils adaptés. En provoquant aussi des améliorations, voire des changements de comportements, des modifications concrètes du fonctionnement et de l'organisation de l'espace dans les lieux d'accueil de l'enfant. Je suis persuadée que lorsque le sommeil est mieux vécu de jour comme de nuit, cela favorise l'épanouissement de l'enfant et améliore la relation au sommeil pour tous (enfants, parents, professionnels, etc.).

S. H. : *Comment intervenez-vous en école maternelle ?*

Il est très important de bien évaluer la demande lors d'une rencontre préliminaire avec les enseignants et le personnel municipal. Cette étape est primordiale pour proposer ensuite une remise en question des comportements et de l'organisation. Tout projet d'action est présenté au conseil d'école. Puis l'action se déroule auprès des enfants des trois sections (3 à 5 ans) afin de valoriser le sommeil et les temps de repos : dans un lieu convivial (bibliothèque de l'école, salle de motricité, etc.), je me sers du diaporama « Dormir comme un loir ! » (Prosom) pour parler, avec les enfants, du sommeil des animaux. Ils évoquent ainsi le sommeil avec leur langage : certains miment leur position d'endormissement en osant dire qu'ils ont un doudou, d'autres évoquent des cauchemars, des bruits. L'enseignant continue seul, en classe, à parler du sommeil avec ses compétences pédagogiques, il utilise les fiches d'activité que je lui ai proposées mais, souvent, crée ses propres outils. Les dessins et autres créations des enfants sont exposés lors des rencontres d'information pour les parents. Avec tout le personnel, nous définissons les changements à obtenir en tenant compte des contingences liées à la structure et au personnel afin d'améliorer l'organisation des temps de midi et l'accueil-garderie, surtout pour les « enfants aux longues journées ».

S. H : *En maternelle, comment expliquez-vous la sieste ?*

Mon objectif premier est de faire vivre aux enfants un temps de repos ou de sieste dans la détente et le plaisir. Le sommeil doit être un moment privilégié, pas une contrainte. Pour ceux qui déjeunent à la cantine, je propose un temps de repos pour tous juste après le repas : allongés si possible dans une ambiance calme (musique classique douce ou autre, etc.). Ceux qui ne dorment pas trente minutes environ après cette mise en condition nécessaire pour « mettre son cerveau au repos » vont rejoindre la classe, où ils attendront les autres avec des jeux calmes. Ceux qui se sont endormis font une sieste de quatre-vingt-dix minutes environ avec un éveil spontané et échelonné en fonction de chacun (à la fin de son cycle). Ils rejoignent alors leur institutrice pour participer aux activités éducatives. Les enfants qui déjeunent chez eux ont la même proposition de repos et de calme (à 13 h 20) mais ils se sont souvent déjà reposés à la maison, où parfois ils ont commencé une sieste interrompue par le départ à l'école. Il faudra donc adapter l'organisation en fonction de l'âge et des contraintes familiales. Cette mise en place nécessite que les agents territoriaux spécialisés d'école maternelle (Atsem) soient informés et sensibilisés afin que ce temps de repos soit présenté aux enfants avec conviction et plaisir. Il doit être proposé dès la fin du repas car, si les enfants sont envoyés dans la cour de récréation, ils s'excitent, leur cerveau est stimulé par les jeux, le bruit, etc. Des locaux accueillants, pas forcément des dortoirs, de type salle polyvalente aménagée peuvent être utilisés avec matelas ou couchettes plastifiées légères.

S. H. : *Comment les parents sont-ils impliqués ?*

Lors d'une réunion-exposition organisée avec les enseignants dans l'école, ils sont d'abord sensibilisés par un questionnaire d'accord/pas d'accord (Prosom) à partir duquel ils viennent cher-

cher des réponses et poser leurs questions. Je les incite à connaître les réels besoins de leur enfant (agenda du sommeil), dédramatiser les conflits enfants/parents autour du sommeil, proposer des aménagements afin de concilier le rythme de vie de l'enfant et le rythme de travail des parents. Au cours de cette rencontre, tous les travaux des enfants (dessins, fresques, montages, poèmes) sont exposés, ce qui me permet de les commenter et de donner des éléments de la physiologie du sommeil, de faire le lien avec le vécu et les observations des parents. La proposition de sieste est présentée comme faisant partie de l'organisation de la journée scolaire ; il est reconnu scientifiquement que nous avons tous besoin, petits et grands, d'un temps de pause pour mieux terminer la journée et favoriser les apprentissages mais tous n'ont pas forcément besoin de dormir !… L'essentiel est que cette sieste soit bien proposée au bon moment, en tout début d'après-midi, et qu'elle ne dure pas trop… afin de ne pas retarder l'endormissement du soir, à la maison….

S. H. : ***Avez-vous un exemple d'action achevée à nous décrire ?***

Oui, avec le groupe scolaire Croix-Rouge (maternelle et élémentaire) d'une Zep au nord d'Orange, dans un quartier sensible, avec un pourcentage important de familles d'origine étrangère. Les enfants étaient décrits comme souvent fatigués et excités, avec manque d'attention, et des parents parfois démunis face aux conflits autour du coucher et du lever de leurs enfants. La maternelle de cent vingt enfants est répartie en cinq classes. L'école élémentaire (cent cinquante enfants) est composée de huit classes dont une classe d'intégration scolaire (Clis) de douze enfants.

Au cours de l'année scolaire 2002-2003, une action sommeil a été réalisée à l'école maternelle, avec une très forte participation des parents. L'année suivante, la directrice de l'école élémentaire jouxtant la maternelle nous a sollicités pour une action sur ce thème et, avec l'infirmière de santé scolaire, nous avons présenté le projet au conseil d'école en juin 2003. Ces deux établissements, maternelle et élémentaire, sont en relation fréquente avec des échanges entre les équipes pédagogiques. Ce projet fut donc présenté comme un prolongement de l'action faite en maternelle. J'ai proposé le même dispositif : réunion avec les enseignants pour présenter l'ensemble de l'action, les supports et outils, afin que chaque enseignant puisse choisir le support qui lui convient et qui correspond au mieux à l'âge et au niveau de sa classe. L'action s'est déroulée d'octobre 2004 à juin 2005.

S. H. : ***Comment les enfants se sont appropriés cette action ?***

À la suite de mes interventions auprès des élèves, les enseignants ont proposé aux enfants différentes activités en fonction de leur âge et du message retenu : un concours de dessins sur les rêves, les cauchemars, la façon de dormir…, a été lancé dans cinq classes. Le CP a mené un travail sur « la nuit et le jour ». Des CE1 ont réalisé des panneaux sur « ce qui m'empêche de dormir » et « ce qui m'aide à m'endormir ». Des CE1 et CE2 ont préparé une pièce de théâtre « Dame nature » avec une histoire de moutons à compter ! Des CE2 et CM1 ont fabriqué « les bagages pour prendre le train du sommeil ». Des CM1 et CM2 ont créé un jeu de cartes : « Le code de la route du sommeil » ; certains ont observé leur propre sommeil chez eux avec l'agenda du sommeil. Les CM2 ont conçu des sketches avec l'aide d'un intervenant théâtre. La Clis a réalisé un train du sommeil et une fresque avec le contenu des wagons du train… Le Clae (centre de loisirs) a fait colorier et peindre des images très agrandies sur le sommeil. Tous ces travaux ont été présentés aux parents au cours d'un après-midi temps fort : la « fête du sommeil », organisée avec les enseignantes et tous les enfants.

Dans le cadre des « Ateliers parentalité » du centre social L'Aoustau de l'Aygues, j'ai animé un atelier-débat sur « Le sommeil de l'enfant » auprès d'un groupe de mamans. Ce centre social implanté au milieu du quartier délabré où habitent la plupart des enfants de l'école, a aussi aidé des parents à comprendre et remplir le questionnaire sommeil.

S. H. : ***Quel bilan dressez-vous de cette action ?***

Nous avons constaté une participation active des enfants au cours des interventions ; ils ont pris beaucoup de plaisir à découvrir les différents supports. Avec les questionnaires d'évaluation, nous avons constaté qu'ils avaient acquis des connaissances et que le message de l'importance du sommeil était bien passé et retenu trois mois après… et un an après pour les CE2 et les CM1.

Les enseignants se sont beaucoup impliqués dans l'action et, par la proposition d'activités ludiques, ils ont permis l'appropriation des enjeux par les enfants. Certains enseignants ont accepté l'idée de revoir l'organisation du temps scolaire afin d'aménager une vie de classe plus détendue en tenant compte des temps forts et des temps faibles de chacun… Pour les parents, ce fut un vrai succès car très peu d'entre eux viennent habituellement aux réunions proposées. À la « fête du sommeil », soixante-deux parents étaient présents et quatre-vingt-onze questionnaires ont été retournés ! Ils ont été très satisfaits de voir leurs enfants parler ainsi du sommeil. Des mamans nous ont dit que leurs enfants ont retenu que *« dormir permet de grandir » !* et qu'ils ont raconté à leur entourage le sommeil des animaux, surtout celui du dauphin et du chat. Le débat avec les réponses au questionnaire sur le sommeil a été animé et plusieurs mamans sont venues me voir à la fin, individuellement, pour parler de leurs difficultés.

Les bénéfices d'une telle action sont incontestables en termes de mobilisation des équipes pédagogiques, des élèves et des parents et en termes de satisfaction collective. Au-delà des connaissances acquises par les uns et les autres, la plupart des enfants ont compris l'importance du sommeil dans leur vie quotidienne.

Propos recueillis par **Alain Douiller,**
directeur du comité d'éducation
pour la santé du Vaucluse.

Éduquer les adolescents au sommeil, **c'est possible !**

Les parents ont un rôle fondamental à jouer pour veiller à ce que leur adolescent ait un sommeil suffisant, estime l'Union nationale des associations familiales (Unaf), en rappelant que la loi confère aux parents la responsabilité de l'éducation de leurs enfants. L'apprentissage des rythmes de veille-sommeil représente sans doute le premier acquis des nouveau-nés et l'occasion d'un premier exercice de l'autorité parentale.

L'Unaf, estimant insuffisantes les informations sur le sommeil destinées au grand public, s'est associée aux médecins spécialistes du réseau Morphée et à l'Académie de Paris de l'Éducation nationale pour sensibiliser les enseignants, les parents et les jeunes via un cédérom interactif qui sera diffusé à la rentrée 2008. Un volet spécifique sur le sommeil de l'adolescent complétera les parties réservées au bébé et à l'enfant.

À l'adolescence, les jeunes s'affirment face aux parents, s'ouvrent à de multiples influences, cherchent à se construire en s'opposant. Ils grandissent physiquement et psychiquement, sont en marche vers l'âge adulte. Il est de la responsabilité des parents de les accompagner dans cette évolution. Les adolescents du XXI[e] siècle sont branchés radio, téléphone portable, ordinateurs, baladeurs, jeux vidéo, chat, etc. Ils vivent parfois dans des sphères virtuelles ou à des heures de noctambules.
Et leurs parents ? Au mieux, ils suivent avec décalage ces progrès de la modernité. Les membres d'une famille ont tendance à vivre de plus en plus en parallèle, comme le souligne le sociologue Michel Fize (1), d'autant plus que les instruments de communication modernes sont installés, généralement, dans la chambre des jeunes (2). Face à cette déferlante de la modernité qui a un impact sur le sommeil, que faire ? Les parents sont parfois désarçonnés.
A-t-on conscience de l'influence du sommeil sur notre vie à tous les âges ? Grincheux le matin, somnolent dans la journée, agressif, moral en berne, irritable à tout moment, victime de trous de mémoire, de moindre vigilance et même sujet à prendre des kilos superflus, etc., voilà un florilège de conséquences qui guettent celui qui manque de sommeil ou dont le sommeil est de mauvaise qualité.

Une enquête de la Sofres, de février 2005, sur la somnolence chez les 15-19 ans révèle que les adolescents dorment en moyenne 7 h 46, alors que leur besoin de repos nocturne est évalué à 9 h 30. Face aux décalages des heures de veille et de sommeil des adolescents, comment les parents peuvent-ils réagir ou – mieux – devenir des acteurs bénéfiques ? Les besoins de sommeil varient d'un individu à l'autre ; installer des règles constantes sur les heures de coucher ou de lever n'est pas facile compte tenu des contraintes professionnelles des parents, du rythme scolaire, de la vie sociale et familiale, parfois de l'environnement dans lequel on vit. Mais il faut essayer. Plus on est jeune, plus les habitudes semblent faciles à prendre !

Dès le primaire, le travail scolaire doit être terminé, si possible, avant le repas du soir. Fixer le dîner à une heure régulière, pas trop tardive si possible, pour permettre une détente après. La télévision pourquoi pas, mais certains jours et jusqu'à une heure déterminée.
Dans les années collège, il est souhaitable d'apprendre au collégien à gérer son temps à plus long terme, à répartir le travail sur la semaine ou sur la quinzaine en lui demandant de réaliser ses devoirs dans un temps raisonnable convenu. Mais « le noctambulisme » de nombre d'adolescents s'installe, bousculant les principes. Et quand votre enfant dit « je vais me coucher » cela ne signifie pas qu'il va dormir… L'horloge interne régulant le rythme éveil/sommeil des adolescents est fragile. Avoir conscience des conséquences que cela peut entraîner est déjà un début. Affronter les conflits et les régler fait partie du rôle des parents. Il reste à en convaincre les jeunes. Les temps de récupération de sommeil se situent généralement le week-end et se traduisent par des grasses matinées et/ou des siestes. Ces phénomènes sont toujours à considérer avec attention car, s'ils sont généralement des dysfonctionnements transitoires compréhensibles dans cette période de mutation, il ne faut pas que cela s'installe en pathologie durable pouvant conduire jusqu'à la dépression.

Alors, que faire ? Agir sur les facteurs sociaux, réguler les sorties, placer l'ordinateur et la télévision dans une pièce commune ou dans un lieu de passage afin de suivre – même de loin – leur utilisation représentent des précautions utiles à rappeler aux familles. L'attention des parents, qui a naturellement tendance à s'estomper quand le jeune atteint cette tranche d'âge, a intérêt à rester en éveil. Dialoguer sur ces questions avec les jeunes est essentiel. Les parents n'étant pas forcément les mieux écoutés, le sommeil doit devenir un sujet de santé, comme l'alimentation, l'usage du tabac, etc. Le message des familles doit être relayé par tous les canaux de communication qui touchent les adolescents. La convergence des discours comme la répétition sont souvent source d'efficacité.
Pour s'endormir, les conseils sont les mêmes pour tous : éviter les boissons excitantes, faire du sport plutôt le matin, éviter les jeux vidéo, etc. Le bruit, la lumière ne facilitent pas non plus l'endormissement.

Les nombreuses incidences du sommeil sur la vie quotidienne ont conduit naturellement l'Unaf à s'investir dans la réalisation d'un cédérom d'éducation à la santé. Ce support doit permettre aux cents unions départementales d'associations familiales et aux mouvements familiaux qui composent l'Unaf, de poursuivre et d'approfondir les réflexions qu'ils mènent depuis toujours sur les rythmes de vie de l'enfant, en organisant des séances d'information et d'échanges dans toute la France sur l'importance du sommeil dans cette problématique.

France Picard
Coordinatrice,
pôle éducation formation loisirs,
Union nationale des associations familiales (Unaf), Paris.

(1) *Fize M.* La démocratie familiale : évolution des relations parents-adolescents. *Paris : Presses de la Renaissance, 1990 : 315 p.*
(2) *Guide parental.* P@rents ! La parentalité à l'ère du numérique. *Unaf, Microsoft France, mai 2006 : 23 p. http://www.unaf.fr/article.php3 ?id_article=3523 [dernière visite le 05/03/2007]*

15 % des enfants de 3 ans auraient des troubles du sommeil

Le conseil général de l'Isère a réalisé, en septembre 2000, une enquête[1] qui avait pour objectifs d'estimer la prévalence des troubles du sommeil chez l'enfant de 2 à 3 ans, d'identifier les facteurs associés et de caractériser les modes de prise en charge de ces troubles par les parents.

Cette enquête transversale téléphonique anonyme a été menée auprès des parents, sur un échantillon de 503 enfants âgés de 2 à 3 ans, domiciliés dans le département de l'Isère, tirés au sort sur la base de données des certificats de santé du 9e et du 24e mois.
Les troubles du sommeil ont été définis à partir des données de la littérature en :
– troubles du sommeil ressentis : sans préjuger de la réalité des troubles, enfant pour lequel les parents estiment qu'il a « plutôt mal » dormi durant les quatre dernières semaines ;
– troubles du sommeil réels : au cours du dernier mois, enfant ayant présenté pendant au moins deux semaines consécutives ou non, au moins trois nuits par semaine : un endormissement supérieur à trente minutes ou un réveil supérieur à quinze minutes lorsque l'enfant pleure ou joue dans sa chambre ou est debout etc., pendant au moins quinze minutes ou au moins quatre réveils itératifs par nuit ou un cauchemar ou, au moins deux nuits par semaine, une terreur nocturne.

Sur les 503 enfants de l'étude, pour 103 enfants (20,5 %) dont les parents se plaignent de troubles du sommeil de leur enfant (troubles ressentis), 75 ont des troubles du sommeil réels. 180 enfants (35,8 %) présentent des troubles du sommeil réels mais qui ne sont ressentis que par 42 % d'entre eux. Parmi ces 180 enfants, 93 (51,7 %) ont des difficultés d'endormissement, 88 (48,9 %) des réveils nocturnes, 35 (19,4 %) des cauchemars et 17 (9,4 %) des terreurs nocturnes. Un même enfant peut présenter plusieurs de ces troubles (total supérieur à 100 %).
Sur l'échantillon total des 503 enfants, 9 % ont reçu un traitement médicamenteux quel qu'il soit pour des troubles du sommeil dans le dernier mois (les réticences notées pour cette question rendent probable une sous-évaluation de la consommation médicamenteuse). Ce traitement se répartit pour 73 % en homéopathie et pour 22 % en psychotropes. 19 % des 503 enfants ont déjà pris une fois un traitement depuis leur naissance.
Les facteurs associés à des troubles réels ou ressentis sont l'absence de sieste, les problèmes de santé à la naissance, le fait de se coucher après 21 h, le type d'habitat et les conditions de sommeil, le mode de garde de l'enfant, les problèmes de sommeil des parents.

Les résultats de cette étude confirment la présence de troubles du sommeil chez une partie des enfants du département et donnent plusieurs indications sur des modalités de prévention et de prise en charge :
– penser à des troubles du sommeil quand les parents s'en plaignent, lorsque les parents ont eux-mêmes des troubles du sommeil, quand l'enfant a eu des problèmes de santé à la naissance ;
– rappeler l'importance de la sieste et de l'heure du coucher (avant 21 h), contrôler la prise de médicaments, qui peut se poursuivre à l'âge adulte.

Agathe Billette de Villemeur
Médecin épidémiologiste, santé publique,
service « Prospective et éducation pour la santé »,
direction Santé autonomie,
conseil général de l'Isère, Grenoble.

1. Enquête réalisée par le conseil général de l'Isère et l'Institut pour le développement de l'épidémiologie appliquée (IDEA), en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire, l'École nationale de santé publique et la Fondation Mérieux.

« Adolescents, laissons-les dormir »

Plusieurs études sur les adolescents mettent l'accent sur le manque de sommeil : 80 % des lycéens seraient en manque de sommeil de deux heures chaque jour scolaire. Partant de ce constat, le lycée d'enseignement général avec section d'enseignement professionnel de La-Tour-du-Pin, dans l'Isère, qui reçoit six cent cinquante élèves, s'est lancé entre 2000 et 2002 dans une action d'éducation pour la santé.

Le contexte local était favorable à une initiative de ce type. Depuis 1998, une partie de la population et les personnels de la santé et de l'éducation avaient été sensibilisés à la question du sommeil des jeunes par plusieurs actions menées par un médecin scolaire en écoles maternelle et primaire et au collège. Par ailleurs, depuis plusieurs années, un professeur d'éducation physique du lycée du même secteur conduisait, de sa propre initiative et avec l'accord de la direction, une action d'éducation à la relaxation. Des élèves, volontaires, étaient inscrits à cette pratique qui s'exerçait, dans le cadre de clubs, dans un temps périscolaire (entre 12 h et 14 h, ou après 18 h pour les internes).
Puis, en 1999, une coordination de plusieurs acteurs est née de la rencontre, au lycée :
– de l'infirmière scolaire exerçant à temps plein au sein du lycée. Elle reçoit en entretiens individuels les élèves exprimant des signes de fatigue, des plaintes somatiques souvent d'origine psychologique. L'accueil à l'infirmerie du lycée est propice aux confidences et à la demande d'aide ;
– du professeur d'éducation physique, très motivé par la poursuite de l'éducation à la relaxation ;
– du médecin scolaire, disponible pour une action de sensibilisation et d'information sur la chronobiologie et les besoins physiologiques en sommeil.
À l'extérieur du lycée, une commission municipale émanant du centre communal de prévention de la délinquance (CCPD) unissait les acteurs professionnels intervenant auprès de la jeunesse (service social du conseil général, forces de l'ordre, associations, établissements scolaires du secondaire, service municipal « Animation-Jeunesse », intersecteur de pédopsychiatrie…) dans l'objectif d'agir dans le champ de la prévention santé.

Du constat à l'action

Les professionnels concernés par l'action faisaient les constats suivants :
– couchers tardifs, levers difficiles les jours de classe, grasses matinées les week-ends et en vacances, tout cela provoquant de fréquentes ruptures de rythme veille/sommeil ;
– au lycée : manifestations de manque de sommeil avec somnolence diurne, fatigabilité ou au contraire nervosité et troubles attentionnels, retentissements cognitifs ;
– mauvaise gestion de l'hygiène de vie : activités physiques insuffisantes ou prédominantes le soir, prépondérance des activités : télé, jeux informatiques, même sur le temps de loisirs ;
– consommations alternées d'excitants et de calmants (tabac, alcool, substances illicites) ;
– mauvaise gestion des périodes de stress (contrôles, révisions, examens) ;
– actes délictueux générés par les couchers tardifs et les regroupements de jeunes, le soir, dans les quartiers « sensibles » de la commune.

Les objectifs généraux de l'action étaient :
– de permettre à des adolescents, élèves de collège et de lycée, de mieux adapter les contraintes de la vie scolaire et familiale à leurs besoins en sommeil, de mieux comprendre leur chronobiologie et ainsi de mieux se préparer aux apprentissages et aux épreuves génératrices de stress ;
– d'informer les adultes (parents, professeurs, professionnels) vivant dans l'environnement de l'adolescent au quotidien, afin de les aider à mieux les connaître et les accompagner ;
– de sensibiliser les décideurs de la commune aux besoins physiologiques des adolescents (retentissement sur les emplois du temps, l'organisation des transports scolaires, l'organisation des activités extrascolaires…).

Forum municipal santé

Deux phases de sensibilisation ont pris place dans l'année précédant l'action elle-même. D'une part, au lycée, où la coordination professeur d'éducation physique-infirmière-médecin s'est mise en place. Dans le même temps, par contacts individuels, une information a été transmise aux autres professionnels concernés : principal adjoint, conseillers principaux d'éducation, professeurs intéressés à titre personnel ou au titre de la discipline qu'ils enseignent. D'autre part, au sein de la commission municipale santé, qui organise chaque année une journée forum. Le forum Santé est l'occasion de mises en commun d'actions de prévention santé (expositions) réalisées par les élèves des trois collèges de la commune (dont l'un comprend une section complète d'enseignement adapté avec des élèves majoritairement en difficultés scolaires, sociales et familiales) et d'un lycée à vocation professionnelle horticole. Mais le forum est aussi l'occasion de rencontres entre jeunes issus d'établissements scolaires différents, de tranches d'âge différentes, et avec des professionnels extérieurs à leur milieu scolaire habituel. Le forum de l'année 2000-2001 a fourni l'occasion d'offrir aux adolescents une participation à un atelier « relaxation ». Un diaporama, « Histoire de dormir », a également été présenté lors d'une réunion d'information avec les jeunes conduite par le médecin scolaire sur la base d'un autoquestionnaire « Mon sommeil : vrai ? Faux ? ».

Mois après mois…

• Année 2000-2001 : sensibilisation et constitution d'une ébauche de groupe de pilotage pour un déroulement de l'action prévu dès septembre 2001. Le comité de pilotage est présidé par le proviseur adjoint et comprend des représentants de parents d'élèves, de la Commission santé, de la municipalité (élu chargé de la jeunesse), le correspondant de presse locale, le service de santé scolaire.
• Juin 2001 : établissement du dossier de demande de subvention auprès du conseil régional (programme « Permis de réussir »). Subvention accordée pour la rentrée suivante. Septembre et 1er trimestre 2001-2002 : constitution des groupes d'élèves par l'infirmière (trois groupes de quinze élèves chacun, sept séances par groupe de 1 h15 dont deux séances avec le médecin). Les deux séances d'information ont permis aux élèves de réaliser une auto-observation par l'établissement de leur agenda du sommeil. Une aide individuelle leur a ensuite été apportée pour la lecture de leur agenda (prétexte à entretiens particuliers). Mise en place du comité de pilotage.
• Janvier 2002 : début du fonctionnement des groupes « relaxation ». Les tranches horaires ont été choisies en fonction de la disponibilité des élèves, selon qu'ils sont demi-pensionnaires, internes ou externes.
• Mars 2002 : une équipe de techniciens et une journaliste de télévision viennent passer une journée au lycée pour tourner un reportage de l'émission « E=M6 ». Cette émission diffusée à une heure de grande écoute, dans le cadre d'un reportage de vingt minutes, apportera à l'action une médiatisation bénéfique, élargissant le public initialement ciblé.
• Avril 2002 : soirée d'information en direction d'adultes-relais se chargeant, en particulier, d'assurer des permanences au cours de l'ex-

position présentée en fin d'année.
• Avril-mai 2002 : exposition présentée dans la salle polyvalente du lycée, pour tous publics et autres établissements scolaires du secondaire.
• Fin mai 2002 : Forum Santé avec ateliers « relaxation » et conférence « Le sommeil de l'ado » pour tous publics.

De l'action à l'évaluation

L'évaluation, à court terme, met en avant plusieurs éléments :
– la participation régulière des élèves aux groupes de relaxation et d'information sur le sommeil ;
– la participation à la création d'une brochure support pour d'autres actions éducatives, dans le cadre de Prosom : *« Je dors, j'assure ! » ;*
– la demande faite par le proviseur du lycée de mettre en place l'année suivante une action, s'appuyant sur la méthodologie employée, sur le thème du tabagisme.
Les difficultés rencontrées tiennent, comme souvent, à des problèmes de disponibilité des enseignants et des parents, et à la mobilité du personnel de santé scolaire (mutation).
L'action, jugée fructueuse par l'ensemble des participants, a toutefois pâti d'une perception erronée du côté des décideurs et financeurs. En effet, le thème central de l'action (« le sommeil ») n'a pas été retenu par certains comme répondant aux inquiétudes des adultes sur les versants de la délinquance et de la consommation de substances illicites.
Par ailleurs, le changement de personnels fonctionnaires du fait de mutations a également rompu la dynamique mise en place.

Michèle Mas
Médecin Éducation nationale et de santé publique.

« Savoir conduire sa vie »

C'est dans le cadre d'une action conduite auprès de jeunes adultes en dispositif d'insertion par le permis de conduire[1], au foyer des jeunes travailleurs de La-Tour-du-Pin, dans l'Isère, que les rythmes de vie ont été abordés. L'action s'est déroulée sur cinq années : de 1998 à 2002.

Le dispositif d'insertion offre à ces jeunes de 18 à 25 ans, garçons et filles :
– une aide financière qui allège des deux tiers le coût du permis. Pour ces jeunes, issus et vivant en milieu rural avec des difficultés pour se déplacer, le permis de conduire est l'étape indispensable vers l'accession à un emploi et, parfois même, leur premier diplôme ;
– une formation complémentaire à celle qui est apportée par l'auto-école, sous la forme d'un programme décliné en modules qui abordent des sujets de la vie quotidienne utiles dans un projet d'insertion et de recherche d'emploi.

L'action se déroule en trois étapes :
– une première phase théorique, déclinée en neuf modules, dont les thèmes sont : mécanique auto, assurances, banque et gestion d'un budget, citoyenneté et organisation administrative, et santé ;
– une deuxième phase à l'auto-école : sécurité routière et code de la route ;
– une troisième phase : apprentissage de la conduite auto.

C'est dans le module Santé, qui comprend plusieurs thématiques en lien avec la santé et la sécurité au volant (secourisme, alcoolisme, etc.), qu'a été abordée la question de la vigilance au volant et du sommeil. Deux séances sont consacrées à cette question : l'une consiste en un exposé didactique et interactif, répondant aux interrogations de ces jeunes aux rythmes de vie souvent très désynchronisés, faute de repères sociaux ; l'autre en une discussion sur la base d'un autoquestionnaire et avec lecture de l'agenda du sommeil qui avait été remis au terme de la première séance.

Le dispositif a concerné cinquante jeunes sur les cinq années, mobilisés sur une période de six mois : 50 % des jeunes ont pu obtenir leur permis et 70 % ont trouvé une solution d'emploi. Au-delà de ces résultats, on peut souligner l'intérêt de cette initiative qui aborde, par le biais d'une porte d'entrée concrète qui est l'obtention du permis de conduire, des questions de santé et de citoyenneté.
Ce dispositif dont l'initiation et la mise en œuvre reposaient sur le personnel de direction du foyer des jeunes travailleurs n'a pas pu être reconduit du fait d'un changement administratif de direction.

Michèle Mas

1. Les partenaires financiers sont le Fonds social européen et le conseil général de l'Isère, auprès desquels une demande de subvention est faite chaque année. Les professionnels de la Ville animent bénévolement les différents modules. Ce dispositif s'inscrit dans le Plan départemental de sécurité routière (PDSR), établi annuellement par le ministère des Transports.

Des lycéens apprennent à gérer leur stress

Face à un nombre important de plaintes des élèves concernant leur sommeil, le lycée professionnel Paul-Painlevé d'Oyonnax, dans l'Ain, a décidé de mettre en place, en 2006-2007, des ateliers gestion du stress.

Les deux objectifs de l'action étaient :
– sensibiliser les élèves à la connaissance de leurs besoins en sommeil, à la nécessité d'y répondre, aux éléments d'une hygiène de vie adaptée tenant compte des contraintes et besoins contraires auxquels ils sont soumis ;
– permettre aux élèves de s'organiser de manière à assurer leurs besoins physiologiques, maintenir une hygiène de vie adaptée malgré leurs contraintes et leurs aspirations contraires.
Elle s'adressait aux élèves de classes de première et BTS, volontaires, ayant exprimé un intérêt ou des préoccupations concernant leur sommeil. L'animatrice de l'atelier était le médecin de l'Éducation nationale du secteur, par ailleurs membre et intervenante de l'association nationale Prosom.

Les élèves ont été répartis en trois groupes afin de respecter la capacité maximale de vingt élèves par groupe. Deux séances correspondant aux deux objectifs ont été conduites : quelques jours avant le déroulement de la première séance, les élèves se sont vu remettre un autotest (questionnaire « Qui vous connaît le mieux ? »). L'autotest est utilisé comme outil de sensibilisation aux « idées toutes faites » véhiculées sur le sommeil, comme support d'interactivité, en séance d'atelier et autour de l'atelier, avec, par exemple, les adultes de leur entourage.

À l'issue de la 1re séance, les participants reçoivent une grille « agenda du sommeil » afin de leur permettre de réaliser une auto-observation de leurs rythmes, de leurs besoins en sommeil, de leur hygiène de vie. Six semaines environ ont séparé la 2e séance de la 1re, comprenant une période de vacances scolaires afin de faire une observation valide sur agenda. L'agenda est établi sur quinze jours : une semaine de jours contraints (période scolaire) et une semaine de jours non contraints (vacances).
La 2e séance dure une heure et demie. Pendant quinze minutes, les interrogations soulevées lors de la 1re séance sont reprises dans un diaporama. Une demi-heure est ensuite consacrée à l'apport d'éléments permettant aux élèves de lire chacun leur propre agenda (régularité des cycles, heure de coucher, somnolence et autres manifestations de manque de sommeil dans la journée, activités de l'éveil : excès ou manque d'activité physique…). Une demi-heure permet ensuite un travail en binômes, par affinités, pour établir un schéma d'hygiène de vie. Enfin, pendant quinze minutes, quelques exemples sont mis en commun. Des entretiens individuels étaient possibles à la demande, en cas de troubles pathologiques du sommeil. Si besoin, une initiation à la relaxation psychosomatique était proposée.

À l'issue de la 2e séance, pour chaque groupe, un questionnaire d'évaluation a été rempli par les élèves. Il en ressort que le fonctionnement de l'action par ateliers en groupes restreints (quinze élèves) a eu des effets positifs sur l'implication des participants. Nous avons observé que des questions telles que : manque de sommeil, désynchronisation des rythmes, hygiène de vie (équilibre entre activités physiques et activités intellectuelles), consommation d'excitants (café, cola) et de substances à effet désinhibant et de détente (mais addictogènes) ont pu être discutées. Le groupe de pairs agit de façon positive en facilitant la prise de conscience et de parole, par un effet à la fois contenant et respectueux de l'individualité de chacun.
À la question : « *Penses-tu que cet atelier va te permettre d'être plus à l'écoute de tes besoins ?* », il a été répondu oui : 40 % ; partiellement : 40 % ; non : 20 %.
Le projet, copiloté par la direction du lycée et l'Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de l'Ain, sera reconduit l'an prochain.

Michèle Mas
Médecin Éducation nationale et de santé publique.

« Bien dormir pour mieux vivre »

Le service de santé de l'établissement scolaire Saint-Michel-de-Picpus, à Paris, a mis en place, depuis plusieurs années, une campagne de sensibilisation auprès des élèves de 3e et de 1re sur le sommeil, en intervenant pendant une heure dans chaque classe. Pour mener à bien cette action, le service a fait appel aux responsables de niveau, aux professeurs principaux de chaque classe, ainsi qu'aux délégués des élèves.

En 2003-2004, un questionnaire anonyme a été proposé à tous les élèves de 3e. L'exploitation des résultats a mis en avant cinq points :
– une heure de coucher trop tardive : après 22 h 30 en période scolaire ;
– un tiers des élèves regarde un écran avant de dormir ;
– la moitié des élèves s'endort au-delà du délai normal d'endormissement (trente minutes) ;
– la pratique du sport a un effet réellement bénéfique sur l'endormissement de la moitié des élèves ;
– un quart des élèves a un écran dans sa chambre.

Une information sur le sommeil a ensuite été dispensée aux 255 élèves de 3e : sous forme d'une information-débat d'une heure. La physiologie et les principaux troubles du sommeil ont été présentés par le médecin scolaire ; puis l'infirmière scolaire a commenté les résultats du questionnaire et leur a fait découvrir les erreurs et les progrès à apporter. La brochure « Je dors, j'assure » a été remise en fin de séance.

Pour évaluer les effets de cette information à plus long terme, un questionnaire leur a de nouveau été soumis, deux ans plus tard, en classe de 1re. En 2005-2006, c'est à 274 élèves (l'effectif inclut de nouveaux arrivants) que ce questionnaire a été remis. Les données recueillies font état d'un endormissement toujours trop long – deux tiers des élèves mettent plus de trente minutes à s'endormir –, de la présence d'un écran dans leur chambre pour la moitié des élèves, de réveil nocturne pour un tiers d'entre eux. Il est toutefois difficile d'interpréter les modifications de comportement car de nouveaux éléments entrent en jeu au lycée. Les jeunes savent certainement mieux gérer leur sommeil et analyser les conséquences diurnes de leurs privations.

Cette année, une conférence a été proposée aux parents de tout l'établissement (primaire, collège et lycée). Elle se présentait en trois parties : la physiologie et les troubles du sommeil exposés par le médecin scolaire ; les constats sur le terrain et les résultats des enquêtes présentés par l'infirmière scolaire ; et la représentation artistique de la sieste et du sommeil du XVIe à nos jours par un professeur d'histoire de l'art. La participation a été décevante : une soixantaine de personnes sur 2 000 familles environ. Peut-être l'heure choisie par l'association des parents d'élèves, de 19 h 30 à 21 h 30, n'était-elle pas judicieuse ? Pourtant les parents présents ont semblé intéressés par cette double approche sanitaire et artistique, si l'on considère les nombreuses questions posées et le retour dans les jours suivants à l'infirmerie.

Nous envisageons de poursuivre notre action auprès des élèves de 3e et de réaliser des évaluations deux ou trois ans après, en fin de séance.

Catherine Cariou
Médecin scolaire,
Sophie Tréhout
Infirmière scolaire, service de santé,
ensemble scolaire Saint-Michel-de-Picpus, Paris.

Dans l'Eure, un réseau petite enfance « éduque » au sommeil

Des professionnels de la petite enfance du département de l'Eure se sont investis dans l'éducation au sommeil auprès de la population. En 2002, dans le cadre de leurs missions – développement d'actions de prévention, éducation à la santé, soutien à la parentalité –, ils ont créé un « réseau petite enfance » afin de réfléchir sur des actions à mener auprès des familles et des professionnels.

Afin de concrétiser ce projet, le réseau petite enfance a bénéficié d'une formation, financée par le département de l'Eure et les communautés de communes de Pont-Audemer et de Conches. Celle-ci a permis l'actualisation des connaissances, le partage d'outils communs, et de bénéficier d'une méthodologie adaptée aux différents publics. Après avoir défini leurs objectifs, les participants ont listé les publics concernés et les lieux d'intervention : les femmes enceintes et les futurs pères, les parents, les grands-parents, les enfants jusqu'à 6 ans, les professionnels de la petite enfance (service PMI, structures multiaccueil, relais assistantes maternelles, CMP, lieux parents-enfants), les professionnels de la santé (maternité, médecins généralistes, pédiatres), les hôpitaux, les équipes pédagogiques des écoles maternelles. D'autres lieux d'intervention : à domicile, lors des visites des travailleurs médico-sociaux, lors des formations des assistantes maternelles...

Les interventions se font classiquement sous forme collective, et sous forme individuelle, le médecin de PMI étant repéré comme « référent médical ». C'est à lui que sont adressés les parents en difficulté, pour consultation et conseils, puis orientation, si nécessaire, vers une consultation spécialisée.
Le support éducatif utilisé est une plaquette d'information (et un agrandissement en affiche) dont le personnage se nomme « Oli ». Il s'agit d'une création collective des membres du réseau petite enfance. Textes et illustrations permettent à la fois le recueil des témoignages du « vécu » et des pratiques des parents. Ce support est également un point de départ pour formuler des propositions adaptées de changement de comportements.
Le travail de création autour du thème a permis concertation et sélection commune des messages de base. Les membres du groupe ont été très motivés pour tester, faire connaître et utiliser ce support, et il s'est créé une véritable dynamique dans le département autour du thème « Sommeil des jeunes enfants ». Le conseil général, qui soutient cette opération, met à disposition sur son site Internet la plaquette « Oli », qu'il est possible de télécharger[1].

Marielle Flouriot
Médecin PMI enfance famille,
unité territoriale de Pont-Audemer,
conseil général de l'Eure.

1. *En ligne : www.cg27.fr (rubrique : vivre mieux/actualités/le sommeil du jeune enfant).*

Mirabilis, une crèche qui accueille des enfants la nuit

À Lyon, des parents aux horaires de travail décalés bénéficient de la première crèche de la région Rhône-Alpes pouvant accueillir des enfants la nuit. Baptisée Mirabilis – du nom d'une fleur colorée qui s'ouvre à la tombée de la nuit – cette structure répond à une demande croissante de parents en situation difficile.

Le service Petite Enfance de la Mutualité du Rhône a mis en place une structure multiaccueil des tout-petits. Ce service, ouvert depuis mai 2005, propose un accueil « classique » des enfants sur des horaires habituels. Mais il reçoit aussi des enfants de 2 mois à 3 ans sur des horaires atypiques (entre 5 h 30 et 22 h) et des enfants pendant la nuit complète : trente places de jour et douze places de nuit. L'objectif est d'offrir aux parents travaillant en horaires décalés la possibilité de confier leur enfant à une structure collective.

L'accueil du matin : il se fait, pour la plupart des enfants, entre 5 h 30 et 9 h 30 (pendant cette période se font aussi les départs de certains enfants ayant passé la nuit à la crèche). Selon les cas, les enfants sont amenés en tenue de nuit, et continuent à dormir, ou ils sont réveillés et ont déjà reçu leur premier repas. Les plus grands font connaissance avec la crèche avant d'y être reçus « officiellement » : quelques jours auparavant, les parents ont été invités à confier à l'équipe leur enfant, une à deux heures pendant la journée, pour qu'il arrive en milieu déjà familier, et pour que l'enfant assimile le fait que son parent « va revenir ».
La journée : elle se déroule comme dans une structure « classique » mis à part le fait que les rythmes des enfants sont encore plus variables puisque certains sont réveillés très tôt le matin, d'autres couchés plus tard le soir.
Le départ du soir : là encore, il est très échelonné. Les enfants arrivés les premiers commencent à partir dès le début de l'après-midi. Les derniers partiront à 22 h au plus tard. Le planning du personnel est établi en fonction de cette amplitude horaire[1].

L'organisation de cet accueil met l'accent de façon majeure sur les repères proposés aux enfants. Les enfants sont répartis en trois groupes d'âge : bébés, petits, et grands. Dans chaque groupe, les enfants ont une personne de référence qui les suit, de leur entrée en crèche jusqu'à leur départ. Cette référente est présente pour les temps forts de la journée (repas, changes, couchers, etc.) et, en son absence, est remplacée toujours par une seconde personne qui elle aussi connaît bien l'enfant. Ainsi, dans chaque section, seulement deux personnes différentes peuvent prendre l'enfant en charge, ce qui crée un **repère de personne.** Des enfants à horaires « classiques », sont présents tous les jours et dans chaque groupe, et permettent aux autres enfants de se faire leur propre place.
Autre repère important : le **repère de lieu :** chaque enfant est toujours accueilli au même endroit et passe la plupart de sa journée dans sa section. Dans la mesure du possible, il occupe le même lit ; de toute façon, il occupe tous les jours la même chambre, ce qui lui procure le cadre familier et rassurant propice à l'endormissement.
Le **repère temps** n'est pas facile à mettre en place mais l'équipe organise – dans la mesure du possible – la journée de façon régulière (heures des repas, temps calmes, etc.).

La même conduite éducative est menée par tous les membres de l'équipe vis-à-vis de l'enfant : elle repose sur la pédagogie d'Emmi Pikler[2], qui accorde une grande place à l'autonomie de l'enfant, met en avant tous ces repères, et respecte l'individualité de l'enfant (l'analyse de la pratique de l'équipe est faite une fois par mois par une psychologue spécialisée).
Avant l'ouverture de la structure, l'équipe a reçu une formation sur le sommeil[3] : installation des rythmes chez le nourrisson et le petit enfant, physiologie du sommeil, ses troubles et leur prévention, l'utilisation d'agendas du sommeil. Une autre journée de formation a eu lieu après l'ouverture afin d'analyser les éventuels problèmes de sommeil rencontrés. En fait, les enfants dorment à la crèche mais les parents se plaignent de troubles du sommeil chez leur enfant à la maison. Pour avoir un tableau complet des rythmes veille/sommeil, plusieurs parents ont été invités à remplir des agendas du sommeil. Cela permet d'objectiver les problèmes et de suggérer des conduites plus adaptées, en prenant soin de ne pas culpabiliser les parents et de ne pas mettre en doute leurs compétences de parents. On peut imaginer que les difficultés, même passagères et assumées au mieux dans le milieu familial, retentissent sur l'enfant, et donc sur son sommeil... Une des autres raisons maintes fois évoquées dans tous les systèmes de garde : quand les enfants sont chez eux, ils veulent souvent profiter au maximum de la présence de leurs parents et parfois refusent le sommeil.

Le bilan de la première année de fonctionnement est positif, pour les familles et pour le personnel. Ce dernier témoigne que les périodes inhabituelles dans les structures collectives classiques se révèlent des moments très agréables. Les nuits sont la plupart du temps très calmes et le réveil des enfants est un moment privilégié où ils découvrent la structure sous un autre regard : moins d'enfants et d'agitation, relation privilégiée avec l'adulte qui le fait déjeuner et l'aide à se préparer. Le moment du soir est également un temps fort. Les enfants présents dans la structure à 19 h prennent le repas sur place (pas d'accueil ni de départ d'enfants pendant cette période). Ceux qui resteront pour la nuit reçoivent un bain. Les rites du sommeil sont respectés, quelques histoires sont racontées avant le coucher. Les enfants qui quittent la structure entre 20 h 30 et 22 h sont couchés si nécessaire, ou attendent leurs parents en profitant de l'espace de jeux.
Un autre aspect très positif : l'accentuation du lien privilégié entre l'enfant et la personne de référence ; le fait d'accueillir des enfants sur ces plages horaires réservées à des soins et des attentions spécifiques crée des liens étroits entre l'enfant, le personnel et la famille.
Des points négatifs, ou plutôt des problèmes difficiles à résoudre, sont signalés : les locaux sont insuffisamment adaptés aux besoins du service, le recrutement du personnel n'est pas facilité par les horaires pratiqués, la mise en place de la gestion des plannings a été complexe.

Les demandes de la population pour ce type de structure sont croissantes : il semble qu'il s'agit là d'une réponse actuelle adaptée aux difficultés temporaires des familles, partagées entre soucis d'emploi, soucis financiers, problèmes de couple ou de solitude, et désir de protéger leurs enfants. En aucun cas il n'est question d'encourager les rythmes de vie décalés, la régularité étant reconnue comme un facteur d'équilibre et de santé très important à tous les âges, et particulièrement chez les tout jeunes enfants.

Pascale Gabolde
Directrice de Mirabilis[4], Lyon,
Dr Françoise Delormas
Directrice de Prosom, Lyon.

1. Une équipe de nuit – deux auxiliaires puéricultrices – est présente de 22 h à 6 h le matin et une équipe de jour – neuf personnels petite enfance – assure la journée entre 5 h30 et 22 h.
2. Association Pikler-Lóczy de France (www.pikler.fr).
3. Formation assurée par l'association Prosom.
4. petiteenfance@mutualitefrancaiserhone.fr

Pour en savoir plus

La première partie de ce « Pour en savoir plus » propose une liste de références de documents sur le sommeil. Au cours de notre recherche bibliographique, nous avons identifié un grand nombre d'ouvrages et guides tout public, et retenu ceux dont les auteurs sont des spécialistes reconnus du sujet. Nous avons, par ailleurs, choisi d'écarter la plupart des ouvrages médicaux décrivant la neurobiologie du sommeil, les pathologies ou encore l'enregistrement de l'activité cérébrale.
Notre bibliographie indique d'abord quelques ouvrages généraux sur le sommeil et ses mécanismes, fournit une liste de guides sur le sommeil et ses troubles ainsi que quelques références d'ouvrages professionnels, puis replace le sujet dans le contexte de la santé publique. Quelques brochures et documents de prévention sont présentés dans une deuxième partie. Nous avons ensuite recensé des organismes ressources : réseaux de santé, sociétés savantes et organismes de promotion de la santé, d'une part, associations de patients, d'autre part. La dernière partie présente des sites Internet consacrés au sommeil.

Dernière visite des sites Internet mentionnés : 01/03/2007

Bibliographie

Comprendre le sommeil

• De Leersnyder H. *L'enfant et son sommeil.* Paris : Robert Laffont, 1998 : 234 p.
• Dement W. C. *Avoir un bon sommeil.* Paris : Odile Jacob, 2000 : 432 p.
• Henry O., Pouthier C. *Pour comprendre le sommeil.* Paris : Pearson Education, coll. Pearson Pratique. Guide santé, 2007 : 160 p.
• Jouvet M. *Le sommeil et le rêve.* Paris : Odile Jacob, 2000 : 256 p.
• Jouvet M. *Pourquoi rêvons-nous, pourquoi dormons-nous ?* Paris : Odile Jacob, 2000 : 128 p.
• Lavie P. *Le monde du sommeil.* Paris : Odile Jacob, 1998 : 320 p.
• Magnin P. *Le sommeil et le rêve.* Paris : Puf, coll. Que sais-je ? 1992 : 128 p.

Le sommeil et ses troubles

Ouvrages « tout public », guides

• Billiard M. *Le sommeil.* Paris : le Cavalier bleu, coll. Idées reçues-Santé et médecine, 2002 : 128 p.
• Delormas F. *Le sommeil.* Toulouse : Privat, coll. Le guide de votre santé, 2003 : 48 p.
• Kahn A. *Le sommeil de votre enfant.* Paris : Odile Jacob, 1998 : 224 p.
• Lecendreux M. *Réponses à 100 questions sur le sommeil.* Paris : Solar, 2002 : 276 p.
• Léger D. *Le sommeil roi : faire face aux dangers méconnus de la somnolence excessive.* Paris : First Éditions, 1998 : 216 p.
• Lemoine P. *Les troubles du sommeil : tout savoir pour bien dormir.* Paris : In Press, coll. Questions de patients, 2005 : 106 p.
• Morin C. M. *Vaincre les ennemis du sommeil.* Montréal : Éditions de l'homme, 1997 : 263 p.
• Mullens E. *Apprendre à dormir : leçons de sommeil.* Paris : Éditions Josette Lyon, 2005 : 192 p.
• Ouellet N., Beaulieu M., Banville, J. *Bien dormir sans somnifères : guide pour les personnes âgées.* Rimouski : université du Québec, 2000 : 42 p.
En ligne : http://wer.uqar.qc.ca/nouellet/Documents/GUIDE_Bien_dormir_sans_somnif%E8res_2000.pdf
• Royant-Parola S. *Comment retrouver le sommeil par soi-même.* Paris : Odile Jacob, 2002 : 188 p.
• Thirion M., Challamel M.-J. *Le sommeil, le rêve et l'enfant.* Paris : Albin Michel, 2002 : 220 p.
• Valatx J.-L. *Les troubles du sommeil de l'adulte ?* Paris : Arnaud Franel, coll. « Peut-on prévenir », 2001 : 96 p.

Ouvrages professionnels

• Léger D. *Troubles du sommeil.* Paris : Doin, 2001 : 176 p.
• Onen S. H., Onen F. *Dictionnaire de médecine du sommeil.* Paris : ellipses, 1998 : 224 p.
• Shapiro C. M. *ABC des troubles du sommeil.* Paris : Maloine, 1996 : 216 p.
• Vecchierini M.-F. *Le guide du sommeil.* Montrouge : John Libbey Eurotext, 1997 : 170 p.

Sommeil et santé publique

• Challamel M.-J., Clarisse R., Lévi F., Laumon B., Testu F., Touitou Y. *Rythmes de l'enfant : de l'horloge biologique aux rythmes scolaires.* Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 124 p.
En ligne : http://ist.inserm.fr/basisrapports/rythmenf.html
• Didierlaurent C. *Sommeil : un enjeu de santé publique.* Monaco : Alpen, 2005 : 151 p.
• Giordanella J.-P. *Rapport sur le thème du sommeil.* Rapport à Monsieur Xavier Bertrand. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 274 p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/giordanella_sommeil/rapport.pdf

Brochures, supports de prévention

• Caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France. *L'univers sommeil.* Paris : Cramif, 2006 : 16 p. Disponible auprès de la Cramif, 17/19, avenue de Flandre, 75954 Paris Cedex 19.
Education.sante@cramif.cnamts.fr
• Institut du sommeil et de la vigilance. *Passeport pour le sommeil.* Institut du sommeil et de la vigilance, 32 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sommeil_290107/passeport_du_sommeil.pdf
• Plaquettes de la Société canadienne du sommeil (Montréal).
– *Sommeil normal et hygiène du sommeil (2004)*
En ligne : http://www.css.to/sleep/sommeil_normal.pdf
– *Le sommeil des enfants (2006)*
En ligne : http://www.css.to/sleep/sommeil_enfants.pdf
– *Le sommeil et le vieillissement.* (2006)
http://www.css.to/sleep/sommeil_aines.pdf
– *Les adolescents et le sommeil : un guide de l'univers du manque de sommeil des adolescents. (2006)*
En ligne : http://www.css.to/sleep/sommeil_adolescents.pdf

Organismes ressources

Réseaux de santé, sociétés savantes et organismes de promotion de la santé

• Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil (Prosom)
Prosom met en place des actions de sensibilisation et d'éducation sur le sommeil, la vigilance et les rythmes de vie. Elle regroupe des scientifiques, des formateurs et des acteurs de terrain ; elle produit et diffuse des expertises méthodologiques et des supports pédagogiques, disponibles en ligne, adaptés à différents publics (lettres d'information, dossiers techniques, diaporamas, vidéos, affiches, etc.).
Prosom : Hôpital de l'Hôtel-Dieu - Porte 1 - 1, place de l'Hôpital - 69288 Lyon Cedex 02.
Tél. : 04 78 42 10 77
Courriel : prosom@wanadoo.fr
En ligne : http://www.prosom.org

• Institut national du sommeil et de la vigilance (ISV)
L'ISV a pour vocation de promouvoir le sommeil et ses pathologies comme une composante

de la santé publique. L'association cherche à sensibiliser la population en coordonnant les initiatives touchant au sommeil et à la vigilance et en incitant la recherche. Dans le cadre de cette mission s'inscrit la mise en œuvre d'actions d'information et de communication à destination du public, des pouvoirs publics et des professionnels de la santé, dont, notamment, la Journée nationale du sommeil.
ISV : 2, rue Cournot, 75015 Paris.
Tél. : 01 48 56 27 87
Courriel : secretariat@institut-sommeil-vigilance.org
En ligne : www.institut-sommeil-vigilance.org

• Réseau Morphée
Morphée est le premier réseau de santé francilien consacré à la prise en charge du patient atteint de troubles chroniques du sommeil. Regroupant professionnels de santé et associations de patients, il intervient à différents niveaux : formation des médecins aux pathologies du sommeil, coordination des soins, transmission de l'information entre les professionnels de la santé membres du réseau grâce à un dossier médical partagé.
Le site Internet du réseau donne accès aux professionnels de la santé à des documents de travail, et offre une information didactique au public non spécialiste.
Réseau Morphée : 2, Grande Rue - 92380 Garches.
Courriel : contact@reseau-morphee.org
En ligne : http://www.reseau-morphee.org

• Société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS)
La SFRMS a pour but de faciliter les échanges d'informations scientifiques et la recherche dans les domaines de la physiologie et de la pathologie du sommeil.
On trouve sur la nouvelle version de son site Internet des actualités, des articles commentés, des comptes rendus de congrès, la carte de répartition en France des « centres du sommeil », ainsi que la revue annuelle *Sommeil et Vigilance* (en téléchargement). Certaines rubriques sont réservées aux professionnels de santé.
À noter que l'ancien site Internet est toujours consultable, il contient une information très riche sur le sommeil mais n'est plus mis à jour.
Centres du sommeil : agréés par la SFRMS, ces centres de consultation spécialisés accueillent, sur prescription de leur médecin, des patients souffrant de troubles graves du sommeil. On y pratique des examens de diagnostic tels que polysomnographie, tests itératifs d'endormissement, tests de maintien de la veille, etc.
SFRMS : Unité d'hypnologie - Hôpital neurologique - 69677 Bron Cedex.
Courriel : bastuji@univ-lyon1.fr
En ligne : http://www.sfrms.org (site mis à jour) et http://sommeil.univ-lyon1.fr/ (ancienne version)

Associations de patients

• Association française de narcolepsie-cataplexie et d'hypersomnie (ANC)
L'ANC a été créée, en 1986, à l'unité de sommeil de Montpellier pour faire connaître une maladie de la vigilance et du sommeil particulièrement handicapante. Elle a pour mission d'informer sur tous les aspects de la narcolepsie-cataplexie, d'aider dans l'aménagement des conditions de vie sociale des personnes atteintes et de favoriser la recherche des causes et des thérapeutiques de la maladie.
ANC : Le village - 07110 Valgorge.
Tél. : 04 75 88 95 39
Courriel : anc.paradoxal@wanadoo.fr
En ligne : http://perso.orange.fr/anc.paradoxal/index.html

• Association sommeil et santé
L'association est composée de patients, de médecins, infirmières et autres soignants, ainsi que de personnes bien portantes, dont le but est de faire reconnaître la pathologie du sommeil comme une priorité de santé publique, notamment en relayant l'action des centres du sommeil auprès des professionnels médicaux et paramédicaux. À noter que parmi les financeurs et soutiens de l'association figurent des laboratoires pharmaceutiques.
Association sommeil et santé : 1, place Paul-Verlaine - 92100 Boulogne.
Courriel : contact@sommeilsante.asso.fr
En ligne : http://www.sommeilsante.asso.fr/

• Association française des personnes affectées par le syndrome des jambes sans repos (AFSJR)
Encore appelé « impatiences », le syndrome des jambes sans repos, ou SJR, concerne 5 à 10 % de la population. Les objectifs de l'AFSJR sont les suivants :
– rassembler en France toutes les personnes atteintes du SJR ;
– recueillir toutes les informations concernant cette maladie ;
– donner tous les renseignements utiles à ses membres ;
– obtenir du corps médical une meilleure reconnaissance du syndrome ;
– déclencher un intérêt auprès des spécialistes et ainsi trouver des thérapies adaptées.
AFSJR : 5, rue du Tournant - 67200 Strasbourg.
Tél. : 03 88 30 37 24 – Courriel : afsjr@afsjr.fr
En ligne : http://www.afsjr.fr

Sites internet

• Le Fil santé jeunes
Un dossier thématique sur le sommeil est disponible sur le site du Fil santé jeunes ; il est constitué d'articles sur les rêves, les troubles du sommeil, les conditions de l'endormissement, etc.
En ligne : http://www.filsantejeunes.com cliquer sur « tous les dossiers » puis choisir « santé bien-être » et consulter les rubriques de « Zzzz… le sommeil »

• La grande aventure du sommeil
Traitant du sommeil des enfants de 7 à 12 ans, ce site est une initiative de la Province de Luxembourg, en Belgique. Très interactif, il s'adresse au grand public, auquel il dispense informations et conseils pratiques, il se divise en deux espaces virtuels : l'un destiné aux adultes et l'autre aux jeunes internautes.
En ligne : http://www.sommeil.org

• Le sommeil de A à Zzz
Produit par le Centre des sciences de Montréal avec le soutien du ministère de la Culture et des Communications du Québec, ce site propose, sous la forme de jeux éducatifs, des conseils pour bien se préparer au sommeil et aborde des thématiques telles que le sommeil selon les âges de la vie, les rêves, les conditions d'endormissement, l'horloge biologique, les conséquences du manque de sommeil, les troubles du sommeil, etc.
En ligne : http://www.lesommeil.ca/

• Sommeil et médecine générale
L'auteur de ce site, le Dr Guilhem Pérémarty, spécialisé en médecine du sommeil, souhaite promouvoir les connaissances utiles à tous pour une meilleure compréhension du sommeil et de ses troubles. Il aborde les problématiques somnologiques (insomnie, somnolence, etc.) qui préoccupent de plus en plus les pouvoirs publics, et présente les implications du sommeil et de la fatigue en médecine générale.
En ligne : http://www.sommeil-mg.net

• Sommeil, vigilance, somnolence
On trouvera sur ce site, développé par le Dr Eric Mullens, spécialiste du domaine, des informations sur le sommeil et ses troubles. La plupart des données proposées en ligne proviennent d'enquêtes et d'études réalisées dans le département du Tarn, où exerce ce médecin.
Quelques thématiques abordées sur le site : sommeil des enfants, des adolescents, somnolence, panorama statistique sur le sommeil, sieste et repos compensateur, conduite de nuit chez les jeunes, sommeil et travail à horaires atypiques, etc. Les brochure et dépliant « Vous travaillez à horaires irréguliers… voici des conseils pour vous aider » (en partenariat avec Aventis) y sont téléchargeables.
En ligne : http://www.svs81.org

Olivier Delmer, Céline Deroche
Documentalistes, centre de documentation de l'INPES.

Entretien avec Christine Servanton, chargée de projets, CRES Champagne-Ardenne, et Marie-France Stankiewicz, infirmière de l'entreprise « Lecico » à Vitry-le-François.

« Le zéro tabac en entreprise ne se décrète pas, il s'accompagne »

En région Champagne-Ardenne, le réseau des comités d'éducation pour la santé a, pendant trois ans, formé les infirmières des entreprises locales à la prévention du tabagisme et apporté son appui méthodologique. Gros plan sur une entreprise qui a décidé de devenir non-fumeuse en 2005 – près de deux ans avant l'interdiction devenue effective le 1er février 2007 – et mis en place un accompagnement des salariés qui souhaitaient arrêter de fumer. Ce type d'action demande un investissement continu et l'adhésion des salariés, soulignent l'infirmière de l'entreprise et la chargée de prévention du comité local d'éducation pour la santé.

La Santé de l'homme : ***L'entreprise « Lecico », à Vitry-le-François, a mis en place, dès septembre 2005, un programme d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour ses salariés. Pourquoi ?***

Marie-France Stankiewicz : L'entreprise Lecico, spécialisée dans la production de pièces sanitaires en céramique, utilise des matériaux particuliers, comme le grès et la porcelaine vitrifiée, riches en silice. Celui-ci est responsable d'une maladie professionnelle redoutable : la silicose. En 2005, Lecico a enregistré neuf cas de silicose parmi ses salariés. Étant infirmière, j'étais évidemment très préoccupée par cette situation. Le port d'un masque a été rendu obligatoire pour les salariés en contact avec les matériaux, et les locaux ont été réaménagés pour y installer des aspirateurs de poussière. Par ailleurs, il faut savoir que les effets de la silice pour la santé sont aggravés par la consommation de tabac. La direction a décidé que l'entreprise deviendrait un espace non-fumeur en septembre 2005. Au même moment, j'ai eu l'opportunité – grâce à une information dispensée par le comité régional d'éducation pour la santé (Cres) de Champagne-Ardenne – de participer à une formation d'aide à l'arrêt du tabac. J'ai donc profité de cette occasion.

S. H. : ***Comment le Cres a-t-il participé à cette action ?***

Christine Servanton : Le Cres avait démarré, en 2004, un projet intitulé « l'École du souffle » *(voir encadré page 59)* et contacté un certain nombre d'entreprises de plus de cinquante salariés de la région pour leur proposer l'aide à la mise en place d'actions de prévention du tabagisme. La demande de Marie-France Stankiewicz nous est parvenue dans ce contexte : nous lui avons présenté notre programme, composé de deux formations : une formation de trois jours intitulée « Prévention du tabagisme en milieu du travail », destinée aux membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), au personnel médical, aux responsables des ressources humaines, à la direction ; et une autre formation, de quatre jours, sur l'aide à l'arrêt du tabac destinée aux médecins et infirmières d'entreprise animée par un médecin tabacologue, une diététicienne afin de les former à la prise en charge du sevrage tabagique de salariés fumeurs ; ainsi qu'un accompagnement méthodologique pour les professionnels formés. Nous sommes ainsi intervenus à trois stades : en amont pour

Gagner la confiance des salariés

Christine Servanton et Marie-France Stankiewicz évoquent, dans cet accompagnement, toute une série de comportements qui, au fil de l'action, se sont révélés primordiaux pour la réussite de cette « *aide à l'arrêt au tabac dans l'entreprise* ». Ces « *bonnes pratiques* » peuvent ainsi se résumer en trois mots : confiance, temps, présence. « *Quand on lance une campagne comme celle-là*, raconte Marie-France Stankiewicz, *il faut que l'on soit très proche des gens. Il faut les rassurer, conduire des réunions, fournir des explications simples, compréhensibles, bref gagner la confiance des salariés* ». « *L'identification des acteurs est importante*, surenchérit sa collègue Christine Servanton. *C'est une opération globale qui met en place, avec l'assentiment de tous, salariés, encadrement, direction et membres du CHSCT, une règle du jeu commune à chacun. Par exemple, nous devons préparer les salariés à accepter qu'un tabacologue, un psychologue interviennent, ensemble, au sein de l'entreprise. Nous devons bien identifier nos rôles respectifs. L'infirmière, connue des salariés, est notre relais.* » Quant au temps, les deux intervenantes sont catégoriques. « *Il faut une disponibilité majeure*, explique l'infirmière, *et ne pas compter ses heures.* » « *On avance au rythme que nous imposent les différentes parties prenantes du projets, en particulier les salariés*, ajoute Christine Servanton. *Mais, ensuite, les résultats sont là.* »

la formation, pendant l'action par l'accompagnement, et après, pour le suivi de l'information.

S. H. : ***Comment, concrètement, cette action a-t-elle été mise en place ?***

M.-F. S. : J'ai d'abord contacté les membres du comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT), qui avec l'aide du médecin de l'entreprise ont décidé de participer à cette opération. La direction a appuyé cette proposition. Il fallait fixer une date pour mettre en place tout cela. Les deux cent cinquante salariés de l'entreprise ont reçu avec leurs fiches de salaire d'août 2005 un questionnaire. Ils avaient quinze jours pour répondre. Nous avons eu un taux de retour de 70 % et vingt-neuf personnes ont signifié qu'elles étaient intéressées par un sevrage tabagique. C'est notre présence constante dans l'entreprise qui explique le bon taux de retour.

Pour en revenir au questionnaire, nous l'avons élaboré avec le médecin de l'entreprise en prenant en compte en particulier la notion lien tabac/produits dangereux ; les questions étaient plutôt générales, du type : pour vous, fumer représente-t-il une détente, un plaisir, un besoin ? Quelles seraient vos motivations pour arrêter ? Problèmes de santé, de finances ? À ce stade, ce questionnaire a déclenché une série d'interrogations allant bien au-delà de l'arrêt du tabac. Il faut souligner que les salariés ont dans un premier temps pensé que l'on allait leur imposer l'arrêt du tabac, sans moyen, sans accompagnement. Il a fallu les rassurer, leur dire que tout allait se mettre en place progressivement, sans brusquer quiconque. J'ai multiplié les séances d'explications. Cette démarche s'est avérée payante.

C. S. : Avec l'infirmière, nous avons peaufiné et validé le questionnaire. Puis à cette même période, nous avons mis en place notre formation « Aide à l'arrêt du tabac », que nous avons proposé à l'infirmière en octobre 2005. Une fois le dépouillement du questionnaire effectué, nous avons constitué avec les volontaires deux groupes de travail. L'infirmière et le Codes ont organisé la venue dans l'entreprise d'un tabacologue et d'une psychologue : pendant ces deux séances d'information d'une heure trente, les salariés ont ainsi pu poser toutes les questions qu'ils ont souhaité. Puis, nous sommes passés à des entretiens individuels en fonction de leurs demandes. Ce sont des entretiens individuels avec les salariés effectués par l'infirmière, aidée au besoin par le médecin, au cours desquels les salariés devaient répondre aux différents questionnaires (test de Fagerström, test anxiété-dépression et le test de motivation) grâce auxquels l'infirmière allait pouvoir déterminer le substitut le plus approprié à chaque personne.

S. H. : ***En quoi la formation prodiguée par le Cres vous a-t-elle été le plus utile ?***

M.-F. S : Le Cres m'a donné une formation à la prise en charge et au suivi des salariés fumeurs qui souhaitent arrêter. J'ai acquis des connaissances sur les notions de dépendance, sur les substituts mais aussi sur l'écoute de la personne qui fume et sur la manière d'apporter des réponses. L'appui méthodologique du Cres nous a été ensuite très utile. Étant présente dans l'entreprise, j'étais le garant de l'opération.

C. S. : Concernant le Cres, nous sommes satisfaits de cette opération. Notre but était aussi de former quelqu'un à être notre relais et ainsi de travailler ensemble à ce projet de prévention du tabagisme. Je rappelle que cette action était régionale et que soixante entreprises y ont participé *(voir l'encadré « École du souffle » page suivante).* Nous avons organisé, en trois ans, cinq formations avec quinze participants à chaque fois.

Au total, ce programme de prévention du tabagisme a une forte composante d'éducation à la santé : nous sommes dans des démarches d'aide à l'arrêt, d'éducation, d'appui à la motivation, de prise en charge de la santé… Cela conduit à de la promotion pour la santé, une recherche de bien-être dans l'entreprise.

S. H. : *Quelles sont les retombées de cette action pour l'entreprise ?*

M.-F. S. : Depuis l'arrêt du tabac dans l'entreprise, on constate qu'il y a eu moins d'arrêts maladie pour cause de bronchite. Il n'y a plus de tabagisme passif et donc plus de conflit entre fumeurs et non-fumeurs ; les relations entre salariés sont meilleures.

S. H. : *Quels enseignements principaux retirez-vous de cette opération ?*

C. S. : C'est l'appui moral que l'expérience de Lecico apporte aux autres infirmières œuvrant en entreprise. Cela les rassure, les motive. Je ne crois pas qu'en la matière, la direction d'une entreprise et ses salariés se comportent à chaque fois de la même manière. Les bases de la formation sont les mêmes en termes de méthodologie et de contenu. Mais chaque expérience débouche sur des enseignements particuliers.

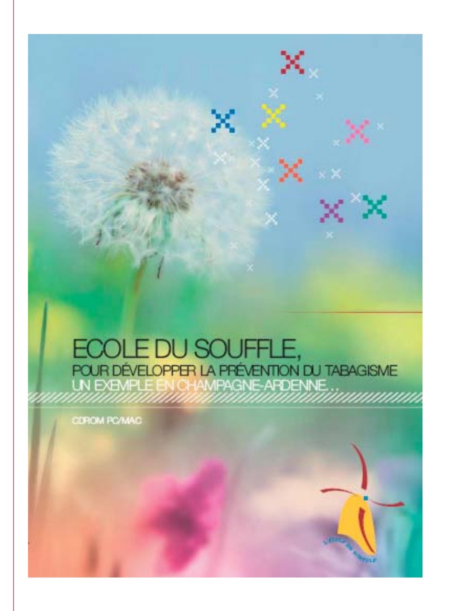
M.-F. S. : Si un chef d'entreprise m'était envoyé par le Cres pour parler d'arrêt du tabac, j'insisterais sur le fait qu'il ne faut rien imposer en la matière. Certes, il y a une loi, et il faut l'appliquer. Mais il faut le faire avec les salariés, avec les fumeurs mais aussi avec les non-fumeurs pour qu'ils réfléchissent ensemble afin de mettre en place l'entreprise sans tabac. Il ne faut pas croire que cela se fera dans le mois qui suit.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Pour en savoir plus

Contacter Christine Servanton ou Julie Carruelle au 03 26 68 28 06 ; ou écrire au : Cres Champagne-Ardenne – 45, avenue du Général-de-Gaulle – 51000 Châlons-en-Champagne, pour des renseignements sur les modalités de diffusion du Cédérom.

L'École du souffle, un programme régional de prévention du tabagisme



L'opération « Arrêt du tabac dans l'entreprise Lecico » s'intègre dans un programme régional de prévention du tabagisme appelé « École du souffle » et lancé, en 2004, par le réseau des comités d'éducation pour la santé de Champagne-Ardenne. Ce programme a reçu le soutien financier de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dans le cadre de l'appel à projets tabac/alcool. Basé sur une approche positive et globale de la santé, l'École du souffle a pour ambition de mobiliser les professionnels « relais » en développant trois axes selon les milieux de vie – scolaire, travail, et soin – sur trois années.
En 2004, les formations des professionnels relais des axes concernés ont été mises en place. En 2005, l'accompagnement méthodologique des professionnels formés a été réalisé. En 2006, ce dispositif a été complété par la création et la diffusion d'un outil de transférabilité, sorte de « boîte à outils » s'adressant à tous les professionnels souhaitant conduire un projet de prévention autour du tabagisme. Un Cédérom sur ce programme régional est disponible à partir de fin mars 2007. Il peut être utilisé par d'autres régions intéressées par ce type d'action. Au total, soixante entreprises ont participé au programme École du souffle et soixante-cinq infirmières ont été formées dans ce cadre. Le programme se poursuit par une quatrième année, durant laquelle vont se poursuivre les accompagnements aux entreprises qui souhaitent devenir non-fumeuses, et un travail avec les écoles primaires va être amorcé autour de la prévention du tabagisme, en lien avec les compétences psychosociales.

Pourquoi et comment le bruit est dangereux pour la santé

La musique à des niveaux sonores très élevés peut-elle endommager l'audition ? Les études sont rares mais la littérature existante conclut néanmoins à l'existence d'un risque réel. Chez les moins de 25 ans, l'exposition au bruit semble être la cause majeure des déficits auditifs. L'OMS recommande de ne pas rester exposé à des niveaux supérieurs à 100 décibels pendant plus de quatre heures, plus de quatre fois par an, soit l'intensité sonore d'une discothèque ou d'un concert de rock.

Communément, le bruit est défini comme un ensemble de sons sans harmonie. Quelques effets vibratoires, ici et là, procureraient plus de désagrément que de confort. La réalité est plus complexe que ne le laisse prévoir ce sophisme. Le bruit est considéré par la population française comme une atteinte à la qualité de vie. Il est la première nuisance à domicile déclarée par 54 % des personnes résidant dans des villes de plus de 50 000 habitants[1]. Le bruit est bien un phénomène ondulatoire qui met l'air en mouvement, une énergie acoustique, audible, provenant d'une ou plusieurs sources. Et, quand les seuils de tolérance pour l'organisme sont dépassés, les effets peuvent être extrêmement néfastes pour la santé.

De quoi s'agit-il ? Au terme de son évolution, le système auditif humain a acquis des caractéristiques impressionnantes. Il est capable de détecter des déplacements de molécules d'air cent fois plus petites que le diamètre d'un atome d'hydrogène. Les sons que nous percevons sont généralement caractérisés par leur hauteur (aigu ou grave) ou leur fréquence, en hertz (Hz), et leur intensité ou niveau, en décibels (dB). La fréquence d'un son pur dépend du nombre de vibrations par seconde de l'onde sonore. Ces vibrations sont captées par le pavillon de l'oreille et se propagent à travers le conduit auditif jusqu'au tympan, qui délimite l'oreille externe de l'oreille moyenne. La membrane tympanique se met à vibrer sous l'impact de l'onde sonore et transmet les vibrations à la cochlée (oreille interne) par l'intermédiaire de la chaîne des osselets (oreille moyenne), qui les amplifie. Et c'est dans l'oreille interne que se trouvent les structures sensorielles qui transforment les stimuli en messages nerveux. Les fréquences dites de la gamme conversationnelle sont comprises entre 250 et 4 000 Hz. Il est généralement admis que la plus petite fréquence perceptible par l'oreille humaine correspond à environ 16 Hz (infrasons) et la plus grande fréquence à environ 20 000 Hz (ultrasons). Avec une telle sensibilité au son, il est donc normal que les bruits, même d'intensité faible, et les ambiances sonores puissent être extrêmement agressifs et altèrent temporairement (fatigue auditive) ou définitivement (perte auditive) l'audition.

De la conversation intime au décollage d'avion

Bruissement de feuilles : 15 dB
Conversation chuchotée : 30 dB
Sonnerie du téléphone : 60 dB
Conversation normale : 65 dB
Bruit de la rue : 70 à 80 dB
Baladeur : 70 à 100 dB
Chaîne stéréo avec casque : 80 à 120 dB
Métier à tisser : 90 à 105 dB
Discothèque : 90 à 105 dB
Concert rock : 90 à 110 dB
Scie circulaire : 95 à 115 dB
Décollage d'avion : 120 à 125 dB

Traumatisme des sons aigus

La communauté scientifique indique, dans son ensemble, que la nocivité du bruit est liée à un certain nombre de paramètres comme la durée d'exposition, la vulnérabilité individuelle mais aussi la caractéristique même du bruit. Ainsi, le risque de fatigue et/ou de perte auditive croît avec l'intensité sonore du bruit. Il est également admis, par exemple, qu'à intensité égale un bruit de fréquence élevée (aigu) sera plus nocif qu'un bruit de basse fréquence (grave). On sait aussi qu'un bruit impulsionnel, c'est-à-dire un bruit soudain et imprévi-

sible sera plus traumatisant pour l'oreille interne qu'un bruit continu. Enfin, plus la durée d'exposition est longue, plus les effets du bruit sur la santé seront importants. La succession des expositions professionnelles et extraprofessionnelles – engins de chantier, véhicules à moteur, machines-outils, installations industrielles, appareils électriques et, pour les loisirs, discothèques, concerts, baladeurs…– augmente la durée d'exposition, donc le risque de lésions auditives *(voir encadré ci-contre)*. Enfin, l'âge, les antécédents d'étiologie infectieuse de la sphère ORL ou de traumatisme crânien, certains troubles métaboliques ou de la tension artérielle peuvent potentialiser les effets du bruit sur l'audition.

11 % des 18-25 ans souffriraient d'une perte auditive

Il est difficile de faire la part des pertes auditives strictement liées au bruit car les études sur l'audition prennent en compte les pertes globales toutes étiologies confondues. Néanmoins, chez les jeunes de moins de 25 ans, l'exposition au bruit semble être la cause majeure des déficits auditifs. On recensait (chiffres 2000, Prs Job, Raynal et Rondet), 6 % de traumatismes sonores avérés, 39 % d'expositions régulières en discothèques et concerts, 17 % d'utilisations de baladeurs plus d'une heure par jour. En France (chiffre 2003, source Afsset), 5 millions de personnes sont concernées par la malentendance, dont 2 millions chez les moins de 55 ans ; 15 % de la population portent des aides auditives. Un Français sur deux ne fait jamais tester son audition. On compterait plus de 5 millions de personnes souffrant d'acouphènes dont une majorité de plus de 50 ans.
Plusieurs instances médicales, en particulier l'Académie nationale de médecine, ont fait part de leur inquiétude devant ce qui semble être une augmentation de l'incidence des pertes auditives constatées chez des sujets jeunes soumis à un dépistage, notamment au moment du service national. Cette observation est apparue depuis les années 1980, date d'arrivée des baladeurs. Et, dès cette époque, de nombreux ORL constatent ce qu'ils appellent « des déficiences de loisirs ». Les études démontrent simultanément, d'une part, que des jeunes d'à peine 30 ans ont la même capacité auditive que leurs parents de 50 ans et, d'autre part, que les premiers signes de malentendance apparaissent chez 6 % des 15-19 ans et 9 % des 20-24 ans. Les responsables directs de cette perte d'audition sont la musique amplifiée, en concert ou sur baladeur. Un chiffre encore est largement cité par les professionnels du son : 87 % des 15-24 ans utilisent couramment un baladeur et 20 % de ces utilisateurs disent les écouter plus de cinq heures par jour à pleine puissance (100 dB). Ces pointes sont comparables à celles des discothèques (100 à 120 dB) ou des salles de concerts (120 jusqu'à 139,5 dB à proximité des enceintes). En 1994, une étude menée auprès de 2 000 lycéens âgés de 18 à 24 ans a montré que 11 % d'entre eux souffraient d'une perte auditive moyenne comprise entre 15 et 40 dB. Même constat autour de deux campagnes (1993-1994 et 1998-1999) d'évaluation de l'audition des jeunes Français. Elles ont permis de réunir et d'exploiter 6 100 audiogrammes d'élèves en classe de seconde des lycées de la Région Rhône-Alpes. Enfin, l'OMS recommande au public des discothèques et des concerts de ne pas rester exposé à des niveaux sonores moyens supérieurs à 100 dB pendant plus de quatre heures, plus de quatre fois par an.

D.D.

Une série de sommations

Les scientifiques évoquent deux types d'effets du bruit sur la santé : les effets objectifs, mesurables, et les effets subjectifs. Ces effets sont, très grossièrement, de deux niveaux : la fatigue auditive et la perte auditive. Si la fatigue auditive correspond à un déficit temporaire d'audition qui se caractérise par une diminution de la sensibilité auditive durant un temps limité après la fin de la stimulation acoustique, les pertes auditives sont caractérisées par leur irréversibilité.

La sensation de sifflements aigus, de bourdonnements dans les oreilles en dehors de tout stimulus externe, est un signe fréquemment rapporté en cas de traumatisme sonore. Ces sifflements, ou acouphènes, sont considérés comme très invalidants sur le plan psychique et professionnel. Les effets objectifs extra-auditifs du bruit sont également nombreux : troubles du sommeil, stress... Les personnes dépressives, anxieuses ou ayant des problèmes psychologiques, par exemple, sont très sensibles à l'environnement sonore, qui jouerait un rôle dans l'évolution et le risque d'aggravation de leur maladie. La gêne est le principal effet subjectif décrit, à côté des attitudes d'agressivité, de la diminution de la sensibilité et de l'intérêt à l'égard d'autrui, de baisse des performances intellectuelles, d'interférence avec la communication.

Les relations complexes entre le bruit et la santé sont donc démontrées. La vigilance doit être de mise car les occasions d'être confronté au bruit ont tendance à se multiplier, des nuisances sonores sont souvent imposées aux populations. Comme le soulignent deux experts français, dans une société de consommation comme la nôtre, le bruit devient, pour l'individu, *« une série de sommations : sommation spatiale des divers types de bruits, sommation temporelle des diverses énergies sonores, agréables ou désagréables, qui ont touché notre organisme au cours des vingt-quatre heures qui constituent notre base physiologique. »*[2]

Denis Dangaix
Journaliste

Source : *Impacts sanitaires du bruit. État des lieux. Indicateurs bruit-santé.* Maisons-Alfort : Afsse, mai 2004. En ligne sur www.afsset.fr.

1. *Afsset, avril 2006.*
2. *Dr Jacques Mouret, université Claude-Bernard Lyon 1, et Michel Vallet, Inrets Lyon, in :* Les effets du bruit sur la santé. *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.*

Pour en savoir plus

- Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr Thème Bruit
Loi « Bruit » n° 92-1444 du 31 décembre 1992
- Ministère l'écologie et du développement durable : www.ecologie.gouv.fr
- Organisation mondiale de la santé : www.who.int/fr/index.html
- Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement : www.afsset.fr
- Autorité de contrôle des nuisances sonores aéroportuaires (Acnusa) : www.acnusa.fr
- Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah) : www.anah.fr
- Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France : www.ors-idf.org
- Centre d'information et de documentation sur le bruit (CIDB) : www.bruit.fr et www.info-bruit.org
- www.filsantejeunes.com

Entretien avec Marc Touché, sociologue et ethnologue au Centre national de recherche scientifique (CNRS)

« Pour prévenir, il faut comprendre ensemble le risque sonore »

Tenter de dissuader les jeunes d'écouter de la musique amplifiée en brandissant les dangers qu'elle représente pour la santé n'est pas pertinent, souligne le socio-anthropologue Marc Touché. Ce spécialiste de la musique amplifiée préconise une écoute mutuelle entre les professionnels de la santé, les professionnels du son, les chercheurs, sans oublier ceux qui écoutent cette musique et les associations qui les représentent. Il appelle ces spécialistes et ces citoyens à réfléchir ensemble pour mieux gérer le « risque sonore ». Pour accentuer la prévention, il faut mettre les connaissances à la disposition de tous : associations, professionnels, éducateurs ; il importe aussi d'inciter les spectateurs-écoutants à se mettre des bouchons dans les oreilles, comme le fait une association, bref, aider les jeunes qui écoutent à mieux se protéger.

La Santé de l'homme : ***Pourquoi cette double casquette de sociologue et d'anthropologue pour travailler sur les risques auditifs dus à la musique amplifiée ?***

Marc Touché : Mes travaux sur les risques auditifs ont été menés au Centre d'ethnologie française. C'est un laboratoire du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) qui faisait partie du musée national des Arts et Traditions populaires. Aujourd'hui, ce musée est délocalisé à Marseille, où il prend le titre de musée des Civilisations de l'Europe et de la Méditerranée. Ce montage CNRS-ministère de la Culture explique cette confrontation entre le « socio-ethnologue » qui travaille sur le terrain, étudiant une société à travers une vie partagée, et le passionné de culture qui, dans le cadre d'un musée, a l'idée de constituer de la mémoire, du patrimoine à léguer aux générations qui viennent. Et quand une spécialité, la mienne en l'occurrence, la musique électro-amplifiée, transcende les deux approches, on est au cœur de multiples questions. Elles concernent à la fois les pratiques culturelles comme l'entend le ministère de la Culture mais aussi le rapport au corps, comme celui des sportifs face à leurs pratiques, donc les risques. Une partie de mon travail consiste à fréquenter les salles de répétition, les régisseurs et sonorisations, et à comprendre comment la société réagit. L'autre consiste à constituer dans le musée une collection d'objets concernés par les risques auditifs et de voir aussi comment notre monde gère ce risque.

S. H. : ***Quel est le regard de l'ethnologue face à ces risques ?***

Celui d'un homme proche de la soixantaine qui a connu les musiques des années 60, 70, 80. Cet homme a été toujours attentif à ce que l'on disait sur ces musiques et à qui il n'avait jamais échappé que le monde médical, pour faire court, désignait vite du doigt le mauvais objet, c'est-à-dire le rock. Après, il a découvert la musique électronique. Que disait le monde médical à cette époque ? *« Le rock rend sourd. »* La sentence était claire. Que disaient l'État, l'administration, le regard sociétal ? Rien, ou plus exactement : *« C'est une mode et, comme toute mode, elle va passer rapidement »*. Il y a, pour l'ethnologue que je suis, une manie que je trouve totalement inadaptée et qui a son illustration dans ce sujet éminemment sérieux : c'est la manie du découpage. À entendre la médecine d'hier et ses répercussions en termes de prévention, il y avait, d'un côté, le spécialiste de l'oreille, comme celui du genou, ou du torse… on découpe. Au contraire, le socio-ethnologue essaye, quant à lui, de recoller les morceaux. Il s'intéresse à l'individu dans son entier. Dire donc, comme on l'entend encore aujourd'hui, *« ils n'ont qu'à jouer moins fort »* démontre une totale incompréhension de ce qu'est cette musique et une erreur profonde de message.

S. H. : ***Pour vous, l'incitation à jouer ou écouter moins fort n'est pas la bonne approche pour faire de la prévention ?***

Je vais vous répondre par analogie : imaginez que l'on dise aux joueurs de rugby, aux pratiquants de pelote basque, de natation ou de marathon : *« Engagez-vous moins, allez moins vite… ? »* Il est évident qu'il y a des risques dans les disciplines que je viens de vous citer. Tout comme dire à des passionnés de haute montagne *« montez moins haut »* est tout le contraire d'un message de prévention. En résumé, la problématique de prévention des risques dans des sports tels que le rugby est similaire à celle de la musique amplifiée : nous sommes avant tout dans une culture, celle de l'engagement traumatique. Tout le monde sait qu'un joueur de rugby qui rencontre la tête d'un autre joueur peut y laisser ses yeux, ses oreilles, son bon fonctionnement cérébral, sa vie même dans des cas tout à fait rarissimes. Mais, parallèlement, tout ce qui touche au rugby, c'est la pacification des mœurs, une évolution des sociétés qui ne font plus la guerre, qui se rencontrent autrement, de village à village, de ville à ville, de pays à pays. Ce sport a une fonction sociale qui dépasse largement la prise de risque par les individus. Je suis donc favorable à ce que l'on remette tout cela dans une échelle de valeurs ; et, surtout, quand le monde médical affirme qu'il faut jouer moins fort, je souhaite qu'il se

pose déjà la question de savoir pourquoi les musiciens jouent fort.

S. H : ***Pourquoi ?***

Parce que la musique électro-amplifiée est une culture partant du matériel, de l'outil amplificateur. Ce n'est pas de la musique baroque ni de la musique « folk ». Ce qui a fait la création de cette musique – et sa valeur pour des millions de personnes dans le monde –, c'est qu'à un moment donné des musiciens ont transcendé des objets de production sonore, des instruments. Ces musiciens ont une empathie avec la musique. Écoutez Jimmy Hendrix, non seulement il maîtrisait une guitare mais aussi une chaîne d'électrification. Il y a, ici, une culture du potentiomètre, du haut-parleur. Voilà l'âme de cette musique électrifiée. Et, d'un seul coup, comme dans le rugby ou dans le marathon, on entre dans le vertigineux. Il y a des funambules du son, reconnus comme tels et admirés.

S. H : ***La musique trop forte peut provoquer un traumatisme auditif : comment dire cela sans avoir un discours accusateur ?***

D'abord, constatons que tous les professionnels de la musique ne sont pas sourds ! Et, si elle rendait sourd, comme certains milieux médicaux continuent de le dire, cela se saurait. Ensuite, oui, la musique électrifiée peut provoquer une chaîne de traumatismes. C'est comme pour le sport : à partir du moment où l'on va dans des formes extrêmes de rencontre avec la nature ou avec des objets produits par l'homme, on use, on peut casser. Donc, il faut modérer. Dire *« ce sont des pratiques dans lesquelles il y a des risques »* n'a pas la même signification que de dire *« le rock rend sourd ».* Nous avons un travail à accomplir dans l'explication de ce phénomène musical afin qu'ensemble, du socio-ethnologue aux professionnels du son et à ceux de la santé, nous apportions les bonnes réponses.

S. H. : ***Quel rôle le socio-ethnologue que vous êtes peut jouer dans la prévention ?***

J'essaie de travailler sur, d'un côté, les pratiques, de l'autre, les regards que portent les corps de l'État, les ministères, le monde médical, les associations, en me disant que tout le monde a raison. Les médecins ont raison de s'inquiéter car ils voient des personnes qui viennent les consulter, c'est la réalité. Mais il y a autre chose ; dans mon travail de rencontre sur le terrain, au milieu des groupes, je suis allé – comme d'autres sociologues l'ont fait en allant dans les mines, dans les usines – passer des soirées, des nuits, dans les lieux de répétition, dans les caves, les greniers, les granges, des lieux magnifiquement rendus habitables par les musiciens. L'histoire de ces musiques, le twist, le rock, apparues dans les années 50 et 60 est comme celle des champignons : un matin, cela a poussé partout ! Avec des amplis de vingt, trente watts, des petites batteries avec une caisse claire et, malgré tout, ces musiques ont fait trembler la société. Dans les années soixante, c'était Johnny, les Beatles… Des scènes de liesse, d'hystérie, diraient certains. Le sociologue dit liesse ou transe. Il y a des nouveaux sons. Que l'on soit sociologue ou médecin, il faut que nous regardions cette période avec une largeur d'esprit. C'est une jeunesse qui découvre des modes de consommation, une forme de sociabilité.

S. H : ***Comment la musique est-elle devenue de plus en plus amplifiée au fil des décennies ?***

Tout d'abord, si le monde de la musique est, en quarante ans, passé du petit ampli au « mur de sons », c'est parce que le phénomène de mode s'est, peu à peu, transformé en économie, en technique, en échanges et en appropriations de tout genre. Second constat : contrairement à ce qui s'est passé pour la pratique sportive, où les équipements ont suivi l'évolution des pratiques, l'environnement sonore n'a pas suivi l'évolution acoustique. Ainsi, pour la musique électrifiée, les élus de tous bords, les administrations ont refusé les conditions des pratiques musicales. Ils ont refusé de voir « l'électrification » des mœurs. Durant quarante ans, des personnes ont pris des risques très importants pour leur santé. La société a été pourvoyeuse de risque en refusant de créer ou d'adapter les lieux publics à des pratiques qui étaient en création. Nous avons baigné dans le « DBCIP » – Dépannage, Bricolage, Clandestinité, Incertitude et Polyvalence – démontré merveilleusement, à la fin des années 80, par le slogan du ministère de la Culture lançant son « Maxi rock, mini bruit », qui est assez évocateur de l'état d'esprit qui régnait à cette époque. Il a fallu attendre les années 90 pour qu'à Agen, par exemple, une salle, le Florida, apparaisse en plein centre-ville avec une qualité acoustique extraordinaire. Aujourd'hui, les villes rivalisent de salles excellentes, et c'est une très bonne chose.

S. H. : ***Et, en matière de prévention, que faudrait-il faire ?***

Convier tout le monde, toutes nos approches autour de la même table. Musiciens, régisseurs de salles, associations, médecins, sociologues, etc. Je fais partie de ceux qui militent pour que l'on parle de gestion du risque sonore. Tant que l'on ne sait pas, on ne pense à rien. Je suis persuadé que pendant les années 50 à 70 les gens ne savaient pas qu'ils prenaient des risques. La dénonciation de leurs pratiques était d'ordre idéologique. Arrêtons cela, réfléchissons ensemble au type de discours que nous pourrions tenir ensemble, comme un médecin du sport, par exemple, le fait sur la prévention du risque ! Nous devons amplifier notre domaine de connaissances en cette matière et, sans tabou, mettre ces informations à disposition de tout le monde, associations, professionnels, éducateurs, qui le souhaitent. Il faut placer les spectateurs-auditeurs en capacité de réfléchir sur leurs engagements artistiques, leur sociabilité et les inviter à poser les questions sur leurs antécédents auditifs. Afin qu'ils pensent à se protéger. Je suis, par exemple, favorable à l'initiative portée par l'association « Agi-son » *(voir article suivant),* qui met à disposition des jeunes allant aux concerts plus de six cent mille bouchons chaque année. C'est un progrès considérable, au même titre que les préservatifs gratuits. Je suis un passionné de musique, de toutes les musiques, j'écris une histoire d'une banda dans les campagnes du Limousin et j'étudie la fanfare au XIX[e] siècle. Et puis, il n'y a pas que le rock dans ma vie, il y a aussi l'épinette des Vosges, que je pratique. Tout cela pour dire que le sociologue travaillant sur la musique amplifiée depuis près de quarante ans a besoin aussi d'informations provenant de divers milieux. On a tous intérêt à s'écouter.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Informer sans culpabiliser, mot d'ordre des associations

Fin 2006, l'association Agi-son a distribué six cent mille paires de bouchons à l'entrée des concerts. France Acouphènes soutient les citoyens souffrant de bourdonnements d'oreilles. Plusieurs autres associations sont actives en matière de prévention et d'éducation à la santé. Toutes défendent la même approche : informer sans culpabiliser.

Le 1er octobre 2006, pour la troisième année consécutive, les professionnels de la musique vivante (salles de concerts, producteurs, artistes, techniciens, prestataires de services, etc.) ont lancé une campagne nationale de prévention des risques auditifs. Sept cent mille dépliants, douze mille affiches et six cent mille paires de bouchons d'oreilles ont été distribués dans les salles de spectacles au cours du dernier trimestre 2006. Ces professionnels, regroupés au sein de l'association Agi-son[1], sont aujourd'hui mobilisés. *« Pour que la musique reste un plaisir… »*, comme l'indique leur logo, ils souhaitent communiquer non seulement sur leur pratique culturelle, mais aussi, et surtout, sur les troubles auditifs, *« un handicap qui touche tout le monde »*. *« Agi-son a été créée en 2000 »*, explique Sylvie Lecano, permanente de l'association. *« C'est un outil de mutualisation, au service d'un public que nous devons accompagner pour qu'il sache préserver son audition. Nous avons mis nos compétences en commun pour faire comprendre, par des spectacles pédagogiques, que le niveau sonore est une question difficile à appréhender. Et, loin de vouloir fuir notre responsabilité, nous mettons en place une pédagogie active. »*

Un exercice de responsabilité

Cette pédagogie se nomme « Peace and Lobe ». Il s'agit d'un spectacle porté, dans chaque région, par un groupe de musiciens professionnels et qui tourne auprès des lycéens, jeunes des MJC ou autres structures locales d'insertion mélangeant la découverte musicale et l'information sur les effets des sons. *« Nous nous appuyons, dans chaque région, sur un faisceau de partenaires : des comités régionaux d'éducation pour la santé, mutuelles étudiantes, Drass, rectorats,* commente Sylvie Lecano. *Nous prenons un groupe local qui fait de la scène et qui va se prêter au jeu. C'est à chaque fois un succès »*. À chaque représentation, une centaine de jeunes découvre ainsi la musique autour d'une mise en scène particulière où se mélangent concert et informations festives sur la physique du son, la physiologie de l'oreille ou la législation. *« Il s'agit bien pour nous d'un exercice de responsabilité »,* insiste Sylvie Lecano. Une responsabilité qui a conduit l'association à créer, depuis 2004, des modules de formation pour les professionnels eux-mêmes, tels les ingénieurs du son ou les directeurs de salle. *« Seules la prévention et la formation permettront de parvenir à une gestion des volumes sonores permettant de concilier préservation de la santé publique, tranquillité du voisinage et maintien de la diversité musicale »,* écrit Agi-son. Cette association est soutenue par le ministère de la Santé.

Une alarme écologique

Même esprit chez Christian Hugonnet, président de l'association « La semaine du son »[2]. L'environnement sonore est plus que familier chez cet ingénieur du son, expert près les tribunaux et chargé dès 1988 de la réalisation du Centre audiovisuel du Conservatoire national supérieur de musique et de danse de Paris. *« Le son est partout,* explique t-il avec passion. *Il nous entoure et nous en avons besoin. Et, parmi cette multitude d'effets vibratoires, la musique fait partie des sons premiers. Pourquoi ne pas apprendre en quoi cela consiste ? »* Depuis 2004, l'association organise chaque année une « Semaine du son » en vue d'initier un public varié à une meilleure connaissance des sons. Durant ce moment fort, des rencontres et des ateliers, des séances d'écoute et des projections sont créés avec l'aide de partenaires importants comme Radio-France ou TF1. Des musiciens s'associent, tels Maxime LeForestier ou Émilie Simon. Des écrivains, des médecins prêtent leur concours à cette manifestation qui, au cours des années, a fait des émules à Grenoble, Nantes ou à La Rochelle. En 2007, la Semaine du son a eu lieu du 16 au 20 janvier. *« Attention, prévient Christian Hugonnet, il ne s'agit pas d'une fête-bis de la musique ou de l'organisation d'une semaine du bruit. Nous souhaitons mobiliser un public qui n'est pas averti de la multitude des sons et des effets qu'ils peuvent produire. Je préfère parler d'un cri d'alarme écologique. »* Cinq thèmes présents à « La semaine » illustrent cette ambition : les sons urbains, son et santé, les musiques de film, l'enregistrement en direct, l'orchestre à l'école. *« Savez-vous combien de personnes apprennent un instrument de musique à l'école en France : moins de 2 % contre 65 % aux États-Unis. Il y a du travail »,* conclut Christian Hugonnet.

Des impasses thérapeutiques

L'association France Acouphènes[3] est d'une autre nature. Créée en 1992 et gérée par des bénévoles, elle regroupe des personnes souffrant de sifflements et de bourdonnements d'oreille. Son action est essentiellement tournée vers du conseil, de l'appui informatif et de l'aide à de nombreux « souffrants », l'expression est de Dominique Dufournet, correspondant parisien de l'association. Il illustre, à lui seul, le calvaire que traversent près de trois millions de personnes répertoriées sur le territoire national. Banquier, il est atteint soudai-

nement, en 2002, d'une surdité. Il évoque alors une situation indescriptible remplie d'acouphènes longs et répétitifs. Il consulte mais se heurte à de nombreuses impasses thérapeutiques et il finit par téléphoner à l'association. *« Il n'y a que des acouphéniques qui peuvent parler à d'autres acouphéniques,* soupire Dominique Dufournet. *Nous sommes dans une telle détresse. »* L'association « France Acouphènes » est née pour cela. Alors qu'en Allemagne l'association équivalente regroupe plus de trente mille membres, qu'aux États-Unis une information, dès la petite enfance, est donnée sur les risques auditifs, *« rien, ou si peu, n'est fait en France »,* déplore Dominique Dufournet. *« Notre association est petite. Nous ne regroupons que deux mille trois cents adhérents et ce n'est que depuis peu que le ministère de la Santé nous écoute et nous intègre dans des groupes de réflexion. »*

Une éducation du son

Sans abandonner l'aide et l'assistance aux victimes des troubles auditifs, le combat de l'association se tourne de plus en plus aujourd'hui vers la prévention. *« Protégez-vous du bruit »,* proclament ses dépliants et ses brochures. Elle édite un guide pratique à l'intention de ceux qui souffrent d'acouphènes chroniques et à ceux qui veulent en savoir plus et mènent des actions communes avec l'association d'audioprothésistes *Audio 2000.* Enfin, l'association participe à de nombreux colloques et séminaires afin d'alerter un public sur les effets du bruit sur la santé. *« Il faut informer encore et toujours,* insiste Dominique Dufournet. *Quant à ceux ou celles qui souffrent de sifflements dans les oreilles, il est nécessaire de ne pas se culpabiliser ni se décourager. Tâchez plutôt d'apprivoiser ces sifflements en les intégrant, patiemment, dans le courant des bruits quotidiens, sans trop y penser. Cela fait partie également de l'éducation du son. »*

Tout pour l'information

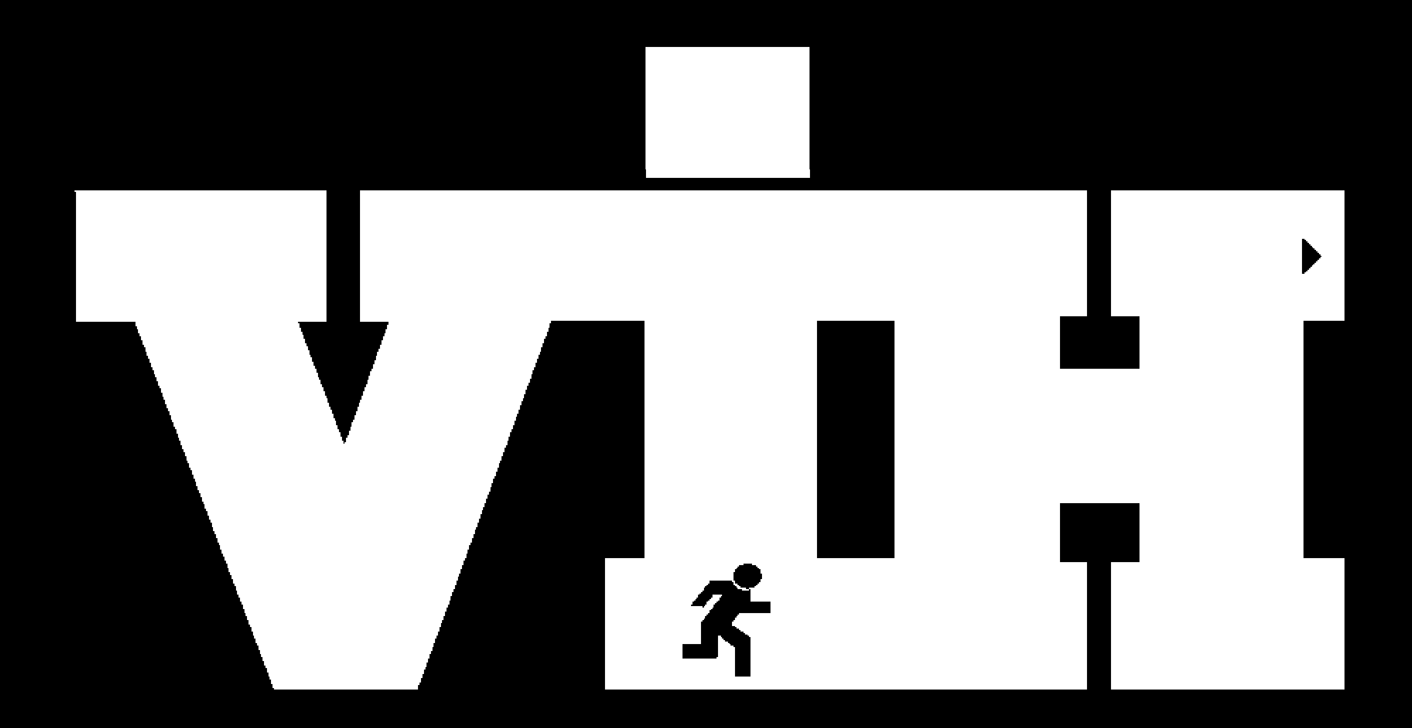
L'éducation du son, la sensibilisation, l'information sous tous ses aspects sont la mission première attribuée, depuis 1978, au Centre d'information et de documentation sur le bruit (CIDB)[4]. Cette association de loi 1901, présidée par le maire d'Angers, Jean-Claude Antonini, a été créée par le ministère de l'Environnement, aujourd'hui ministère de l'Écologie et du Développement durable, qui en a la tutelle. Le CIDB est l'interlocuteur privilégié tant du grand public que des quelque mille organismes publics ou privés intervenant dans le domaine de la lutte contre le bruit. C'est incontestablement le lieu de ressources et de diffusion de l'information vouée à la promotion de la qualité de notre environnement sonore. Il accueille notamment près de douze mille ouvrages, périodiques, rapports, thèses et articles français ou étrangers intéressant les spécialistes ou le grand public dans tous les domaines du bruit, du son et de l'acoustique, en consultation sur place[5]. Le CIDB organise en outre des colloques et manifestations avec l'appui d'organismes officiels, comme le ministère de l'Environnement, le Conseil national du bruit ou le ministère de l'Équipement ainsi que des journées techniques. Il est en charge du concours Décibel d'Or décerné, tous les ans, par le Conseil national du bruit. À noter que dans la catégorie « Sensibilisation et information », le Décibel d'or, version 2006 aura retenu « La semaine du son » pour son action d'initiation du grand public à une meilleure connaissance des sons.

Denis Dangaix
Journaliste.

1. *www.agi-son.org*
2. *www.lasemaineduson.org*
3. *www.france-acouphenes.org*
4. *www.infobruit.org*
5. *Les horaires de la permanence documentaire sont le mardi et le jeudi de 14 h à 17 h et le mercredi de 9 h 30 à 17 h sans interruption.*

Quelques ouvrages

• Association France-Acouphènes, Bidan A., Chéry-Coze S. (sous la dir.). *Acouphènes. Conseils pratiques, solutions, témoignages, réseaux de soutien.* Paris : Éditions Josette Lyon, coll. Comment vivre avec, 2006 : 237 p.
• Laboratoire d'innovation pédagogique et de création d'outils multimédia. Université Montpellier-1, un CD-rom « l'Oreille cassée ».
• Agi-son. Dossier de presse sur la campagne « Hein ? ».



Traitement Post - Exposition

En cas d'exposition possible au VIH, vous avez 48 heures pour vous rendre aux urgences d'un hôpital et réduire le risque de contamination.

Réf. INPES 125-07388-R







